

	ATENCION EN SALUD	Código: F-AS-PS05-03
	ACTA RECONOCIMIENTO DE PAGO URGENCIAS	Fecha Aprobación: 19/03/11
		Versión: 01
		Página 1 de 1

**ACTA N°.XXXXXX
INFORME DE SUPERVISION DE FACTURACION URGENCIAS**

**CONTRATISTA:
NIT:**

La suscrita Coordinadora de Prestación de Servicios ha dado por recibido los servicios específicos de conformidad con los términos y condiciones señalados entre las partes de acuerdo al siguiente detalle:

Nº FACTURA	VR FACTURA	NOTA CREDITO	OBJECCION	VR A PAGAR
	SUBTOTAL			

Las cuales se encuentran debidamente revisadas por parte del Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander y según Certificado de Auditoria Médica N° XXX de fecha XXXXX, firmada en Constancia por el Auditor Médico XXXXXXXX.

CDP No.	
CRP No.	
VALOR A CANCELAR PRESENTE ACTA	\$

Se da por recibido a satisfacción de la prestación de servicios acordados por las partes, el _____.

Profesional Especializado
Coordinador Prestación de Servicios