

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

**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
	<b>SUBTOTAL</b>			

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.

<b>CDP No.</b>	
<b>CRP No.</b>	
<b>VALOR A CANCELAR PRESENTE ACTA</b>	<b>\$</b>

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

-----  
Profesional Especializado  
Coordinador Prestación de Servicios