

	ATENCIÓN EN SALUD	Código: F-AS-PS05-04
	ACTA DE PAGO	Fecha Aprobación: 19/03/11
		Versión: 01
		Página 1 de 1

ACTA PARCIAL N° _____
INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATO N° ____ DE _____

CONTRATISTA:

NIT:

F. INICIACION:

La suscrita Coordinadora de Prestación de Servicios ha dado por recibido los servicios específicos de conformidad con los términos y condiciones señalados en el Contrato de Prestación de Servicios de Salud N° XXX de XXXX, de acuerdo al siguiente detalle:

N° Factura	VR FACTURA	NOTA CREDITO	OBJECION	VR A PAGAR
	SUBTOTAL			

Las cuales se encuentran debidamente revisadas por parte del Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander y según certificación de Auditoría Médica N° ____ de fecha y, firmadas en constancia por el Auditor Médico XXXX.

CDP N°	
CRP N°	

Contabilizadas las presentes atenciones la ejecución del Contrato se encuentra en el siguiente estado:

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$
VALOR A PAGAR PRESENTE ACTA	\$
SALDO POR EJECUTAR	\$

El Contratista presentó póliza de cumplimiento No XXX de la Aseguradora XXX Aprobada por la Dirección del Instituto departamental de Salud, el XXX, presenta recibo de caja No XXX del Banco XXX por concepto de Publicación en Gaceta Departamental por valor de XXX.

Se da por recibido a satisfacción parcialmente la prestación de servicios acordados en el contrato N° XXX de XXXX, hoy XXX.

COORDINADOR PRESTACION DE SERVICIOS
Profesional Especializado
Supervisora Contrato N° _____ de _____