|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  FECHA: |  | NÚMERO DE ORDEN: |  |
|  SEÑOR(ES): |   | CDP - | COM - |
|  NIT: |  | C.C. |  |
|  DIRECCIÓN: |  |
|  DESTINO: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Concepto y Características | Valor |
|  |  |
| **TOTAL $** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| SON: |  |

|  |
| --- |
| **REGISTRO PRESUPUESTAL** |
| **CODIGO** | **VALOR** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**JEFE UNIDAD PRESUPUESTO** |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**VICE-RECTOR ADMINISTRATIVO**

CONTRATISTA

En mi condición de CONTRATISTA Y EJECUTOR del presente documento, declaro bajo la gravedad del juramento que no me encuentro incurso en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad previstas por la ley.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

ENTREGA DE CHEQUE

En el horario de 2:00 a 5:00 pm
Los días: lunes, miércoles y viernes.

Para dar el trámite correspondiente y efectuar el pago de la factura, se debe dar cumplimiento a lo establecido en la ordenanza 053 del 24 de diciembre de 2003, en la que establece el pago de la estampilla Hospital Universitario Erasmo Meoz.