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

SON:

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

|  |  |
| --- | --- |
| **REGISTRO PRESUPUESTAL** | |
| **RUBRO** | **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

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.