*Los textos en gris son informativos y deben ser reemplazados por el texto definitivo del documento*

***MEMORANDO DE SOLICITUD DE PAGO HACIA EL ORDENADOR DE PAGO***

Memorando Nro. (*Detallar número y siglas*)

*(Lugar y fecha)*

Para*: (Nombre, apellido del servidor)*

*(Cargo de ordenador de pago)*

Asunto: SOLICITUD DE PAGO DE…. *(CONTRATO U ORDEN DE COMPRA O SERVICIO)* Nro. …. (*Número)* CORRESPONDIENTE A *(0BJETO DE LA CONTRATACIÓN)*.

De mi consideración:

Por el presente, solicito cordialmente gestionar el pago de*…… (Contrato u Orden de* *Compra /Servicio* Nro.…. *(Número de contrato u orden)* de fecha…. *(Fecha del contrato u orden)* suscrito entre el Ministerio de Salud Pública y empresa…*… (Razón social del proveedor)* correspondiente a *“OBJETO DE LA CONTRATACIÓN), suscrito*

El monto a cancelar asciende a USD $ 0000 *(números y letras)* más IVA, los fondos provienen de la Certificación Presupuestaria No. ……*(número de la certificación emitida por el área financiera)* y certificación Esigef Nro. ….. *(Número de la certificación del sistema esigef emitida por el área financiera).*

Se entrega la siguiente documentación habilitante:

* *(Detallar los documentos que se adjuntan a la solicitud de pago).*

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

*(Abrev. Título. Nombre y Apellido)*

*(Titular del área requirente/Administrador de contrato)*