TRAMA DE SEGURIDAD PARA DUPLICAR EL CHEQUE.

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE HONDA ESE

Nit :890700666

COMPROBANTE DE EGRESO No : 001666

FECHA : 26/07/2023 **NIT :** 92641621 **BENEFICIARIO :** GONZALEZ MONTIEL EMIL ANDRES

TELEFONO : 3007291424 **DIRECCION :** CL 24 16-95 SEC CENTRO

GIRO PRESUPUESTAL:001550 **ESTADO :** CONFIRMADO

ORDEN DE PAGO Nro : 002340 - 002341

Cheque : DOC EQUI 7-8 **Banco :** HSJD CTA CTE 2887-6 **Cuenta :** 366028876

Total : 25,833,000.00 **Efectivo :** **Valor Cheque o Transferencia :** 25,833,000.00

Retenciones :	Fuente :	0.00	Iva :	0.00	Ica :	0.00	Otras :	0.00

Cuenta	Descripción de la Cuenta	Tercero	Descripción Tercero	Debitos	Creditos
249054	HONORARIOS	92641621	GONZALEZ MONTIEL EMIL	25,833,000.00	0.
1110050102	HSJD CTA CTE 2887-6	92641621	GONZALEZ MONTIEL EMIL	0.00	25,833,000.
			TOTAL GENERAL :	**25,833,000.00**	**25,833,000.**

SON : VEINTICINCO MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y TRES MIL PESOS M/CTE

Observación :

JUNIO 2023. CONTRATO No 000484-499(HASTA EL 30 DE JUNIO DE 2023) EJECUTAR LOS PROCESOS Y SUBPROCESOS DE MEDICINA INTERNA REQUERIDOS PARA LA ATENCION INTEGRAL DE LOS PACIENTES DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE HONDA ESE.

				FIRMA Y SELLO BENEFICIARIO
PREPARADO	REVISADO	APROBADO	CONTABILIZADO	NIT o C.C

Banco de Bogotá

DETALLE

Servicio Todos	**Tipo Producto** Todos	**Nombre Producto Origen** Todos
No. Producto Todos	**Fecha Inicial** 2023/07/26	**Fecha Final** 2023/07/28
Estado TODOS		

Servicio	Pagos - Nóminas, Proveedores y Libranzas
Canal	WEB
Nombre Producto Origen	CC8876
Fecha	2023/07/26
Valor	$25,833,000.00
No. Autorización	17151390
Estado	EXI
Usuario Crea	YENY CAROLINA BERMUDEZ CRUZ
Usuario Aprueba/Rechaza	Aprueba: DIANA PORTELA Rechaza: N/A
Código de Error	N/A
Descripción de Código de Error	N/A
Tipo Producto	Cuenta Corriente
No. Producto	*****8876
Fecha Pago	2023/07/26
Tipo de Identificación	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	92641621
Beneficiario	EMIL ANDRES GONZALEZ MONTIEL
Entidad Financiera	Banco Davivienda
Tipo Producto	Cuenta Ahorros
Producto Destino	0550488433985725
Tipo Pago	PROVEEDORES
Referencia / No. Factura	CONT 484 499 DOC EQ 7 8
Información Adicional	JUNIO 2023

Usuario Aprueba/Rechaza

Nombres y Apellidos	Fecha Autorización	Accion
DIANA PORTELA	2023/07/26 17:15:04	Aprobado