BUCARAMANGA 15 06 2023 $ 68.238.280,00

FRESENIUS MEDICAL CARE COLOMBIA S.A. - Documento No.: 830007355

SESENTA Y OCHO MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS OCHENTA PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Fecha Actual : jueves, 15 junio 2023

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
900006037

COMPROBANTE DE EGRESO Nº : 000000000002867

Consecutivo : 000000000002867 **Estado :** Registrado **Numero Nota:** 2286

Fecha del Egreso : 15/06/2023 11:04:34 a. m. **Valor :** $ 68.238.280,00

Beneficiario 830007355 FRESENIUS MEDICAL CARE COLOMBIA S.A.

Detalle : TRANSFERENCIA 2286. PAGO FRAS 400544194-400544195-400544219-400544237-400544196-400544229-400544238-400544197-400544198-400544199-400544230-400544200-400544201-400544231-400544202-400544232-400544218-400544203-400544204-400544233-400544205-400544206-400544234-400544207-400544208-400544239-400544209-400544216-400544210-400544235-400544211-400544212-400544236-400544213-400544217-400544214-400544215-400543644-400543782-400543799-400543887-400543936-400544069-400543878-400543919-400544062-400543941-400544071. PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE HEMODIALISIS EN CASO DE INSUFICIENCIA RENAL AGUDA O CRONICA PARA ASISTIR A LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER, QUE SE ENCUENTREN EN URGENCIA DIALITICA CON INMINENCIA DE MUERTE. CTO 354 DE 2022, RP 401 DE 2023.

Valor en Letras SESENTA Y OCHO MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS OCHENTA PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

DATOS DEL PAGO

Banco BANCO DAVIVIENDA
Numero : **Consignar :** 06/15/2023 **Impuesto X Mil :** $ 0,00

DETALLE DEL MOVIMIENTO

CONCEPTO	TERCERO	CUENTA	DEBITO	CREDITO
DAVIVIENDA CTA AHORROS 0463-00195941 REC PROPIOS	830007355	11100602	$ 0,00	$ 68.238.280,00
PRESTACION DE SERVICIOS EMPRESAS	830007355	24905502	$ 68.238.280,00	$ 0,00

FACTURAS AFECTADAS

Factura	Valor	Factura	Valor	Factura	Valor
400544194	$ 68.238.280,00				

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER PAGADO 16 JUN 2023 TESORERIA

PREPARADO	REVISADO	APROBADO	CONTABILIZADO	FIRMA Y SELLO DEL BENEFICIARIO

Nombre reporte : TSRPComprobanteEgresoCheque

Elaboró. :IMA IVAN MAURICIO ARCINIEGAS

Usuario Id. :IMA

LICENCIADO A: [E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER] NIT [900006037-4]

OP. 10428