SANTA ROSA DE CABAL 08 02 2024 $ 11.459.153

JULY MILENA TAPASCO OSPINA - Documento No.: 1096645848

ONCE MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL CIENTO CINCUENTA Y TRES PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SANTA ROSA DE CABAL
891480036

VIGILADO Supersalud
Línea de Atención al Usuario 6500870 - Bogotá, D.C.
Línea Gratuita Nacional: 018000910383

Elaborado por. :24758237 FANNY GARCIA GOMEZ

Estado : Confirmado 8/02/2024 12:44:01 p.m.

COMPROBANTE DE EGRESO N° : 000000000030387

Fecha de Impresión : jueves, 08 febrero 2024

Consecutivo : 000000000030387 Valor : $ 11.459.153

Beneficiario 1096645848 TAPASCO OSPINA JULY MILENA

Detalle : Pago a July Milena Tapasco Ospina por el mantenimiento preventivo y correctivo del sistema de protección contraincendios de la E.S.E. Hospital San Vicente de Paul segun contrato No 108 por $15.000.000 del 7 de noviembre al 31 diciembre 2023 CDP-235- RP-611 FEJT 36 y nc-No 2 por vr de $1.588.055-acta parcial No 1 del 07/02/2024 se descuenta estampilla pro-adulto mayor 4% estampilla pro-cultura municipal 1% y tasa pro-deporte y recreacion 2.5% de vr del contrato en el primer pago (pago vigencia año 2023) *Numero Nota:* 30387

Valor en Letras ONCE MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL CIENTO CINCUENTA Y TRES PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

DATOS DEL PAGO EN CHEQUE

Banco DAVIVIENDA

Numero : Consignar : 02/08/2024 Impuesto X Mil : $ 0

DETALLE DEL MOVIMIENTO

CONCEPTO	TERCERO	CUENTA	DEBITO	CREDITO
DAVIVIENDA CUENTA CORRIENTE 127569997894	1096645848	11100505	$ 0	$ 11.459.153
SERVICIOS	1096645848	24905501	$ 12.584.153	$ 0
ESTAMPILLA PRO-ADULTO MAYO 4% DESCUENTO EGRESO	1096645848	24079006	$ 0	$ 600.000
ESTAMPILLA PRO-CULTURA 1% DESCUENTO EGRESO	1096645848	24079005	$ 0	$ 150.000
TASA PRO-DEPORTE Y RECREACION EN EL MUNICIPIO SANTA ROSA DE CABAL (DESCUENTO)	1096645848	24401602	$ 0	$ 375.000

FACTURAS AFECTADAS

Factura	Valor	Factura	Valor	Factura	Valor
FEJT36	$ 12.584.153,00				

PREPARADO	REVISADO	APROBADO	CONTABILIZADO	FIRMA Y SELLO DEL BENEFICIARIO

Nombre reporte : TSRPComprobanteEgresoCheque Usuario que imprime. :24758237

LICENCIADO A: [E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SANTA ROSA DE CABAL] NIT [891480036-6]

DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PA UL
Nombre Proceso	JULY MILENA TAPASCO OSPINA
Fecha Pago	08/02/2024
Hora Pago	14:57

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	1096645848	**Referencia**	8914800366
Nombre	JULY MILENA TAPASCO OSPINA		
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXX7124	**Banco**	BANCOLOMBIA
Valor	$ 11.459.153,00	**Estado**	Pendiente de Respuesta otros bancos

© 2024 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial