SANTA ROSA DE CABAL 29 04 2024 $ 7.880.301

COREXPLOIT S.A.S - Documento No.: 900473158

SIETE MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA MIL TRESCIENTOS UN 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 6800070 - Bogotá, D.C.
Línea Gratuita Nacional: 018000910383

Elaborado por. :24758237 FANNY GARCIA GOMEZ

Estado : Confirmado 29/04/2024 12:13:32 p.m.

COMPROBANTE DE EGRESO N° : 000000000030709

Fecha de Impresión : lunes, 29 abril 2024

Consecutivo : 000000000030709 Valor : $ 7.880.301

Beneficiario 900473158 COREXPLOIT S.A.S

Detalle : Pago a COREXPLOIT SAS por servicio de mantenimiento preventivo y correctivo de los vehículos oficiales propiedad de la Entidad,en aras de garantizar su normal funcionamiento placas -OVI-277-OVE430 - OVI-268-y ODU-828 contrato inicial No 104-23-por $15.000.000 de 17 de noviembre al 31 de diciembre -2023 CDP-238 RP-581 fac CZ1965-1966 acta parcial No 01 del 29/04/2024 (pago vigencia anterior año 2023) se descuenta estampilla pro-adulto mayor 4% estampilla pro-cultura municipal 1% y tasa pro-deporte y recreacion 2.5% del vr del contrato antes de iva en el primer pago sobre $12.605.042 (vigencia anterior año 2023)

Numero Nota: 30709

Valor en Letras SIETE MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA MIL TRESCIENTOS UN PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

DATOS DEL PAGO EN CHEQUE

Banco DAVIVIENDA

Numero : Consignar : 04/29/2024 Impuesto X Mil : $ 0

DETALLE DEL MOVIMIENTO

CONCEPTO	TERCERO	CUENTA	DEBITO	CREDITO
DAVIVIENDA CUENTA CORRIENTE 127569997894	900473158	11100505	$ 0	$ 7.880.301
SERVICIOS	900473158	24905501	$ 8.825.679	$ 0
ESTAMPILLA PRO-ADULTO MAYO 4% DESCUENTO EGRESO	900473158	24079006	$ 0	$ 504.202
ESTAMPILLA PRO-CULTURA 1% DESCUENTO EGRESO	900473158	24079005	$ 0	$ 126.050
TASA PRO-DEPORTE Y RECREACION EN EL MUNICIPIO SANTA ROSA DE CABAL (DESCUENTO)	900473158	24401602	$ 0	$ 315.126

FACTURAS AFECTADAS

Factura	Valor	Factura	Valor	Factura	Valor
CZ1965	$ 6.488.534,00	CZ1966	$ 2.337.145,00		

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	COREXPLOIT S A S
Fecha Pago	30/04/2024
Hora Pago	14:32

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	9004731589	**Referencia**	8914800366
Nombre	COREXPLOIT S A S COREXPLOIT S A S		
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXX0594	**Banco**	BANCOLOMBIA
Valor	$ 7.880.301,00	**Estado**	Pago Exitoso

© 2024 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial