# Resolucion:

Consecutivos aprobados: 000000001 - 999999999

EGRESO

2024 08 9 2.650.000,00

GERSON JAVIER TARAZONA LIZCANO

DOS MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA MIL PESO COLOMBIANO

.....

.....

# Comprobante de Egreso

**INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA E.S.E. ISABU**
**NIT 800084206 - 2**
**Bucaramanga/ KENNEDY**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Número CE** | 69044 | **Fecha CE** | 09/08/2024 17:39:42 |
| **Nit** | CC 1098647617 | **Tercero** | GERSON JAVIER TARAZONA LIZCANO |
| **Id Beneficiario** | | **Nombre beneficiario** | |
| **La suma de** | DOS MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA MIL PESO COLOMBIANO | **Valor $** | 2.650.000,00 |

**FORMA DE PAGO**

| Medio de pago | Retiro cajero | Banco | Cuenta | Número de cheque | Cuenta transfiere | Código banco | Nombre banco | Número transferencia | Valor cancelado |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Transferencia | No | BANCO BOGOTA | 184182087 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 2.650.000,00 |

**POR CONCEPTO DE:**

| Concepto | Número CxP | Número de factura | Tercero | # Obligación | # Giro | Saldo | Vlr Imp. Agregados | Vlr Imp. Retenidos | Valor descuentos | Valor a girar |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CONTRATISTAS - ADMINISTRATIVOS | 58405 | cto 148 julio 1-31 | CC 1098647617 GERSON JAVIER TARAZONA LIZCANO | | 57407 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 2.650.000,00 |

**IMPUESTOS APLICADOS COMPROBANTE DE EGRESO**

| Subtotal | Vlr Imp. Agregados | Vlr Imp. Retenidos | Descuentos | Total egreso |
|---|---|---|---|---|

**TOTAL IMPUESTOS APLICADOS**

| Código | Descripción | % | Valor |
|---|---|---|---|

**MOVIMIENTO CONTABLE**

| Cuenta | Tercero | Centro de costo | Valor | Tipo | Valor base |
|---|---|---|---|---|---|
| 249055 SERVICIOS | GERSON JAVIER TARAZONA LIZCANO | | 2.650.000,00 | Debito | 0,00 |

**14/08/2024 21:57**

**190.13.28.234**

**Nsaavedra**

**SEDE HOSPITAL LOCAL NORTE**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 111005005 BANCO BOGOTA 184 18208-7 | | | 2.650.000,00 | Credito | 0,00 |

Observación: pago cps de la ese isabu correspondiente al mes de julio de 2024

| | | | |
|---|---|---|---|
| Recibido por: | | | |
| CC No. | de | Huella Dactilar | |
| Firma | | | |

**14/08/2024 21:57**

**190.13.28.234**

**Nsaavedra**

**SEDE HOSPITAL LOCAL NORTE**