COMPROBANTE DE EGRESO Número : 000000000011901

Nit: **891800395**

FECHA COMPROBANTE 20 de noviembre de 2025

1.DATOS DEL BENEFICIARIO

NOMBRE: HEISER HEALTH INTEGRATED SERVICES S.A.S **CC o NIT** 900913246

MES CAUSADO:

NRO CONTRATO 2025C481A01ZFE2202 **VALOR A GIRAR:** $15611674

DESCRIPCION:	2025-481|CONTRATAR EL SUMINISTRO DE INSUMOS Y REACTIVOS NECESARIOS PARA LA OPERACIÓN DEL LABORATORIO CLINICO DEL HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRÁ E.S.E.|OCTUBRE|LABORATORIO|FV 2202
SON:	QUINCE MILLONES SEISCIENTOS ONCE MIL SEISCIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

2.MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE

CUENTA	CONCEPTO	TERCERO	DEBITO	CREDITO
111005016	Davivienda 0560176769998160	900913246	$ 0	$ 15.611.674
240101001	PAGO PROVEEDORES BIENES Y SERVICIOS	900913246	$ 9.021.873	$ 0
240101001	PAGO PROVEEDORES BIENES Y SERVICIOS	900913246	$ 1.274.398	$ 0
240101001	PAGO PROVEEDORES BIENES Y SERVICIOS	900913246	$ 2.420.676	$ 0
240101001	PAGO PROVEEDORES BIENES Y SERVICIOS	900913246	$ 386.813	$ 0
240101001	PAGO PROVEEDORES BIENES Y SERVICIOS	900913246	$ 2.507.914	$ 0

FACTURAS AFECTADAS

Factura	Valor	Factura	Valor	Factura	Valor
2025C481A01ZFE2202	$ 9.021.873,00				
2025C481A01ZFE2203	$ 1.274.398,00				
2025C481A01ZFE2204	$ 2.420.676,00				

		Firma y Sello Beneficiario
ANA MARITZA DAVILA BARON	ARMANDO TIBADUIZA VARGAS	cc o Nit
GERENTE	SUBGERENTE ADMINISTRATIVO	

Elaboró. :1054683648 ANGIE DANIELA LOPEZ MALAGON Confirmo:Leidy Johana Lopez Gil

LICENCIADO A: [HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S.E.] NIT [891800395-1]

2025C481A01ZFE2205	$ 386.813,00				
2025C481A01ZFE2206	$ 2.507.914,00				

3.MOVIMIENTO PRESUPUESTAL VIGENCIA

CDP	RP	OBL	Orden_pago	Rubro	Nombre	Valor
			2029	2.4.5.01.03.003	MATERIAL PARA LABORATORIO CLÍNICO	$ 9.259.479,00
			2029	2.4.5.01.03.003	MATERIAL PARA LABORATORIO CLÍNICO	$ 1.334.389,00
			2029	2.4.5.01.03.003	MATERIAL PARA LABORATORIO CLÍNICO	$ 2.482.745,00
			2029	2.4.5.01.03.003	MATERIAL PARA LABORATORIO CLÍNICO	$ 405.022,00
			2029	2.4.5.01.03.003	MATERIAL PARA LABORATORIO CLÍNICO	$ 2.572.219,00

		Firma y Sello Beneficiario
ANA MARITZA DAVILA BARON	ARMANDO TIBADUIZA VARGAS	cc o Nit
GERENTE	SUBGERENTE ADMINISTRATIVO	

Elaboró. :1054683648 ANGIE DANIELA LOPEZ MALAGON Confirmo:Leidy Johana Lopez Gil

LICENCIADO A: [HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S.E.] NIT [891800395-1]