# E.S.E HOSPITAL REGIONAL NORTE
# 807008857-9

## COMPROBANTE DE EGRESO : 00 04273

**ORDEN DE PAGO** : 00 4056-V
**FECHA** : 17/12/2025
**BENEFICIARIO** : FLOR MILENA GARCIA RESTREPO **CTA. BENEFICIARIO :**
**NIT** : 1056768357-5
**CONCEPTO** : PRESTACION DE SERVICIOS
**OBJETO** : DEFINITIVA PARA PAGO PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN APOYO A LA GERENCIA Y SUBGERENCIA DE LA ENTIDAD EN EL MES DE DICIEMBRE DE 2025 SEGUN FACTURA No FE5 Y CERTIFICACION DE SUPERVISOR DEACUERDO AL CONTRATO No 1082
**BANCO** : DAVIVIENDA CUENTA DE AHORROS - CUENTA MAESTRA **CUENTA** : 0663-00090-462
**TIPO DE PAGO** : T. Eletronica **CHEQUE No.** :
**DOCUMENTO** : 1082

**DISPONIBILIDAD** : 00 1694 - 01/10/2025
**REGISTRO** : 00 01759 - 02/10/2025

**IMPUTACIÓN OPERACIONES EFECTIVAS :**

| CODIGO | CONCEPTO | DEF. | RUBRO | ATRIBUTO | CODIGO CONTABLE | FUENTE RECURSO | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 00A _21210205 | SERVICIOS PERSONALES ADMINSITRATIVOS | 00 4056 | 00A - 2.1.2.02.02.008.01 | 00 | 249055.01 | 40-RECURSOS DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL - SALUD | 4,410,000.00 |
| | | | | | | **TOTALES** | **4,410,000.00** |
| | | | | | | **NETO A PAGAR** | **4,410,000.00** |

**ANA MARIA PEREZ RAMIREZ**
Gerente ESE HRN

**YEIMY KATERINE RINCON NIÑO**
TESORERA

Bienvenido: Señor(a) YEIMY KATERINE RINCON NIO
NIT 8070088579 - ESE HOSPITAL REGIONAL NORTE

miércoles 17 de diciembre de 2025

# Detalle de Pago de Proveedores

| Detalle Pago | | | |
|---|---|---|---|
| No. de Proceso Pago: | 10004584 | Nombre del Proceso de Pago: | PAGO PREST SERVICIO INGENIERA INDUSTR MES DIC CONT-1082-2025 |
| Cantidad Pagos | 1 | Valor Total a Pagar | $ 4.410.000,00 |
| Tipo Identificación | Cédula de Ciudadanía | No. Identificación | 1056768357 |
| Nombres | FLOR MILENA | Apellidos | GARCIA RESTREPO |
| Número de referencia | 0000000000000000 | | |
| Tipo Producto o Servicio Destino | Cuenta de Ahorros Otros Bancos | No. Producto o Servicio Destino | 81637880781 |
| Banco | BANCOLOMBIA | Estado Pago | Pendiente de Respuesta otros bancos |
| E-Mail | | Valor del Pago | $ 4.410.000,00 |

REGRESAR

**© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.**
**Portal Empresarial**

E.S.E HOSPITAL REGIONAL NORTE

**E.S.E HOSPITAL REGIONAL NORTE**
**NIT : 807008857-9**

# ORDEN DE PAGO No. 00 4056

FECHA : 16/12/2025
A FAVOR DE : FLOR MILENA GARCIA RESTREPO NIT: 1056768357-5
CONCEPTO : DEFINITIVA PARA PAGO PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN APOYO A LA GERENCIA Y SUBGERENCIA DE LA ENTIDAD EN EL MES DE DICIEMBRE DE 2025 SEGUN FACTURA No FE5 Y CERTIFICACION DE SUPERVISOR DEACUERDO AL CONTRATO No 1082

REGISTRO PRESUPUESTAL No. : 00 01759 -- oct-02/2025
No. CONTRATO : 1082 TIPO : C1 - PRESTACION DE SERVICIO
DEPENDENCIA : GERENCIA

CON CARGO A LOS SIGUIENTES RUBROS:

| RUBROS | DESCRIPCIÓN | REGISTRO | | | VALOR |
|---|---|---|---|---|---|
| 00A -2.1.2.02.02.008.01 | HONORARIOS Y SERVICIOS ADMINISTRATIVOS | 01759 - 02/10/2025 | | | 4,500,000.00 |
| DEDUCCIONES: | | | | | |
| 2440805 | ESTAMPILLA PRO H.U.E.M | 4,500,000.00 | 2.0 | 90,000.00 | |
| | | **TOTALES DEDUCCIONES:** | | **90,000.00** | |
| | | | **TOTALES** | | **4,410,000.00** |

VIGENCIA : 2025
VALOR : CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS DIEZ MIL PESOS.

**JORGE MARIO ARENAS AMAYA**
SUBGERENTE