

**HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S.E.****891800395**

Calle 4a No 9- 101 tel(098)728-2854

www.hrm.gov.co

MONIQUIRA-BOYACA

Codigo:EGR-2021002025

Version:

Página 1/1

COMPROBANTE DE EGRESO Número : 000000000012383Nit: **891800395**

FECHA COMPROBANTE 24 de diciembre de 2025

1.DATOS DEL BENEFICIARIO

NOMBRE: MARTINEZ BORDA OSCAR HERNAN

CC o NIT 74347904

MES CAUSADO:

NRO CONTRATO 2025C547A001FVE43

VALOR A GIRAR: \$40449456

DESCRIPCION: 2025-547|PRESTACION DE SERVICIOS PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE LAS AMBULANCIAS DEL HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S.E|MANTENIMIENTO|DICIEMBRE|FVE40FVE41FEV42FEV43**SON:** CUARENTA MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SEIS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**2.MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE**

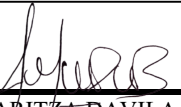
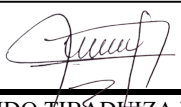
CUENTA	CONCEPTO	TERCERO	DEBITO	CREDITO
111005016	Davivienda 0560176769998160	74347904	\$ 0	\$ 40.449.456
249055001	PAGOS SERVICIOS	74347904	\$ 40.449.456	\$ 0

FACTURAS AFECTADAS

Factura	Valor	Factura	Valor	Factura	Valor
2025C547A001FVE43	\$ 40.449.456,00				

3.MOVIMIENTO PRESUPUESTAL VIGENCIA

CDP	RP	OBL	Orden_pago	Rubro	Nombre	Valor
			2384	2.4.5.01.04.001	MANTENIMIENTO HOSPITALARIO - MATERIALES	\$ 33.000.000,00
			2384	2.4.5.02.08.004	MANTENIMIENTO HOSPITALARIO - SERVICIOS	\$ 9.134.850,00

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

Nombre reporte : TSRPComprobanteEgresoCheque028

Elaboró. :1054683648 ANGIE DANIELA LOPEZ MALAGON

Confirмо:Leidy Johana Lopez Gil

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