2025 -08 -06 **656,237.30**

HOSPITAL OLAYA HERRERA

SEISCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS CON 30/100 EN M/CTE

## Departamento del Cesar

CALLE 16 No 12-120
NIT. 892.399.999-1
VALLEDUPAR
Fecha : 6/08/2025

**COMPROBANTE DE EGRESO Nº** **15390**

**Beneficiario:** 892300387 - HOSPITAL OLAYA HERRERA
**Cuenta No:** 067469999576 **Banco:** DAVIVIENDA Cuenta Corriente
**Concepto :** PAGO INFORME PARCIAL #1 CORRESPONDIENTE AL PERIODO DEL 09/04/2025 AL 30/04/2025 - FORTALECER LAS ACCIONES DEL PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE MUNICIPIOS PRIORIZADOS MEDIANTE ACCIONES DE PROMOCIÓN DE SALUD Y GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA EN EL MUNICIPIO DE GAMARRA DEL DEPARTAMENTO DEL CESAR.
**Valor Egreso:** 656,237.30 **Orden:** 12813
**Banco:** BANCO BOGOTA **Cuenta Nº :** 628-09115-9

**CUENTAS CONTABLES**

| COD. CUENTA | CONCEPTO | DEBITOS | CREDITOS |
|---|---|---|---|
| 1110050109 | Bta No 09115-9 Fondo Seccional Salud-Pab | 0.00 | 656,237.30 |
| 24010206 | Servicios de Salud | 656,237.30 | 0.00 |
| | **TOTALES** | **656,237.30** | **656,237.30** |

**DISTRIBUCION PRESUPUESTAL**

| RUBRO | NOMBRE |
|---|---|
| 05 - 3.8.1.1.7.1 - 2.3.2.02.02.009.48 - 32-1 | PIC ESE |

**IRIS ESTHER MENDOZA MAESTRE**
Tesorera General del Departamento

**PROFESIONAL TESORERIA**

## ANEXO COMPROBANTE DE EGRESO Nº 15,390

| No Nit | Beneficiario | Valor Neto Cheque Girado | Información bancaria beneficiario | | | Firma |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Cuenta | Tipo Cuenta | Entidad Bancaria | |
| 1 892300387 | HOSPITAL OLAYA HERRERA | 656,237.30 | 067469999576 | Corriente | DAVIVIENDA | |
| | **TOTAL** | **656,237.30** | | | | |

Convenciones - * REP => Cheque Anulado Por Reposición

**Elaboro:** NICOLASGALVIS