

KAROL DAYANNA ROMERO MUÑOZ - Documento No.: 1074133783

DOS MILLONES QUINIENTOS SESENTA MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

**E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE CAQUEZA**  
**832001411**

**COMPROBANTE DE EGRESO**  
**Número : 00000000039979**

Consecutivo : 00000000039979 Estado : Confirmado  
 Fecha del Egreso : 5/12/2025 3:04:04 p. m. Valor : \$ 2.560.896,00  
 Beneficiario 1074133783 ROMERO MUÑOZ KAROL DAYANNA  
 (CPS-462 DE 2025) PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN  
 ASISTENCIAL COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA E.S.E  
 HOSPITAL SAN RAFAEL DE CÁQUEZA Y CENTROS DE SALUD  
 ADSCRITOS DURANTE EL MES DE NOVIEMBRE DE 2025. *Numero Nota: 00000000183*  
 Valor en Letras DOS MILLONES QUINIENTOS SESENTA MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS CON CERO CTVS  
 M/Cte.

DATOS DEL PAGO EN CHEQUE

Banco BANCO DAVIVIENDA  
 Numero : Consignar : 12/05/2025 Impuesto X Mil : \$ 0,00

DETALLE DEL MOVIMIENTO



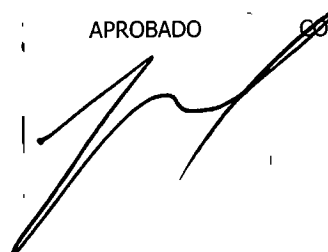
| CONCEPTO  | TERCERO    | CUENTA   | DEBITO          | CREDITO         |
|---|------------|----------|-----------------|-----------------|
| CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA 469400076227 | 1074133783 | 11100673 | \$ 0,00         | \$ 2.560.896,00 |
| CONCEPTO COMODIN PARA DISPERSION DE FONDOS      | 1074133783 | 24905501 | \$ 2.560.896,00 | \$ 0,00         |
| Egreso Generado por la Dispersion 00000000183   |            |          |                 |                 |

FACTURAS AFECTADAS

| Factura        | Valor           | Factura | Valor | Factura | Valor |
|----------------|-----------------|---------|-------|---------|-------|
| DOCS0000006687 | \$ 2.560.896,00 |         |       |         |       |

ORDEN DE PAGO GENERADA

| Consecutivo | Fecha    | Rubro            | Nombre                                   | Recurso   | Valor           |
|-------------|----------|------------------|--|---|-----------------|
| 5999        | 20251205 | 2450209931010101 | SERVICIOS TECNICOS ASISTENCIALES H. SEDE | 60 - VENTA DE SERVICIOS DE SALUD CON S. DE FONDOS | \$ 2.592.000,00 |

PREPARADO  REVISADO  APROBADO  CONTABILIZADO FIRMA Y SELLO DEL BENEFICIARIO

Elaboró. :1030606965 KEILA JIMENA CAVIATIVA VELASQUEZ

Usuario Id. :1030606965

Nombre reporte : TSRPComprobanteEgresoCheque

LICENCIADO A: [ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE CAQUEZA] NIT [832001411-7]