2025 12 26 11,505,992.02

PAACSISTEM SAS

ONCE MILLONES QUINIENTOS CINCO MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS CON DOS CENTAVOS MCTE **********

192

ESE HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS NIT. 860020283	COMPROBANTE DE EGRESO No. 22,483

Fecha : 26/diciembre/2025 **Pagado a :** 900581092-4 PAACSISTEM SAS

La Suma de : ONCE MILLONES QUINIENTOS CINCO MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS CON DOS CENTAVOS MCTE **********

Valor $ 11,505,992.02

Banco : 01 BANCO DAVIVIENDA S.A
Cuenta : 01 467069999762 **Cheque :** PE

POR CONCEPTO DE FOTOCOPIAS
No. 47,010.00 **Fact** 718 **Valor Bruto $**4,770,000.00 **Valor Neto $** 5,311,395.00

Codigo	Descripcion	Valor
04	SERVICIOS 4%	190,800.00
25	IVA RETENIDO 15%	135,945.00
28	RETEICA POR SERVICIOS 0.8%	38,160.00
42	IVA 19%	906,300.00

MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

GIRO	OBLIGACION	REGISTRO	CDP	COD. ARTICULO	ARTÍCULO	VALOR
3471	3256	260	260	245020701	Servicios financieros y servicios conexos	5,676,300.00

ELABORADO **REVISADO** **APROBADO** Hora: 15:16

Usuario Imprime: LMEJIA
Usuario Responsable: LMEJIA

ESE HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS

NIT. 860020283

COMPROBANTE DE EGRESO No. 22,483

Fecha : 26/diciembre/2025 **Pagado a :** 900581092-4 PAACSISTEM SAS

La Suma de : ONCE MILLONES QUINIENTOS CINCO MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS CON DOS CENTAVOS MCTE
****

Valor $ 11,505,992.02

Banco : 01 BANCO DAVIVIENDA S.A

Cuenta : 01 467069999762 **Cheque :** PE

POR CONCEPTO DE FOTOCOPIAS

No. 47,013.00 **Fact** 718-1 **Valor Bruto $**5,563,176.49 **Valor Neto $** 6,194,597.02

Codigo	Descripcion	Valor
04	SERVICIOS 4%	222,527.06
25	IVA RETENIDO 15%	158,550.53
28	RETEICA POR SERVICIOS 0.8%	44,505.41
42	IVA 19%	1,057,003.53

MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

GIRO	OBLIGACION	REGISTRO	CDP	COD. ARTICULO	ARTÍCULO	VALOR
3470	3259	1106	1224	2450103001	Otros bienes transportables (excepto pro	6,620,180.00

TOTAL IMPUESTOS	TOTAL DESCUENTOS

CUENTA	NOMBRE CUENTA	DEBITOS	CREDITOS
111005004	BANCO DAVIVIENDA CTA. 467069999762	0.00	11,198,579.53
240101002	SERVICIOS	11,505,992.02	0.00
240722001	TASA PRODEPORTE	0.00	307,412.49

Recibí: _____

Nombre: _____

C.C. No. _____ de _____

Firma: _____

Huella dactilar

OBSERVACIONES: CANCELACION SERVICIOS NOVIEMBRE

ELABORADO **REVISADO** **APROBADO** Hora: 15:16

Usuario Imprime: LMEJIA
Usuario Responsable: LMEJIA