

**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 : 000000000013830**Nit: 891800395****FECHA COMPROBANTE 29 de abril de 2026****1.DATOS DEL BENEFICIARIO****NOMBRE:** FERRER PACHECO ADRIANA**CC o NIT** 46667605**MES CAUSADO:****NRO CONTRATO** 2026C074A004FEAF530**VALOR A GIRAR:** \$4594790**DESCRIPCION:** 2026-074|PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO REVISORA FISCAL DEL HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S.E.|HONORARIOS|ABRIL|FEAF530**SON:** CUATRO MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS NOVENTA PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**2.MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE**

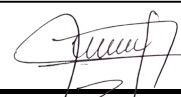
CUENTA	CONCEPTO	TERCERO	DEBITO	CREDITO
111005016	Davivienda 0560176769998160	46667605	\$ 0,00	\$ 4.594.790,00
249054001	PAGO HONORARIOS	46667605	\$ 4.594.790,00	\$ 0,00

FACTURAS AFECTADAS

Factura	Valor	Factura	Valor	Factura	Valor
2026C074A004FEAF5 30	\$ 4.594.790,00				

3.MOVIMIENTO PRESUPUESTAL VIGENCIA

CDP	RP	OBL	Orden_pago	Rubro	Nombre	Valor
			750	2.1.2.02.02.008.01	HONORARIOS	\$ 5.200.000,00

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

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]