

**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 : 000000000013840**Nit: 891800395****FECHA COMPROBANTE 29 de abril de 2026****1.DATOS DEL BENEFICIARIO****NOMBRE:** PATIÑO ZEA ELIZABETH**CC o NIT** 40043210**MES CAUSADO:****NRO CONTRATO** 2026C055A004ELIP607**VALOR A GIRAR:** \$5743488**DESCRIPCION:** 2026-055|PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA GESTION EN LA ASESORIA JURIDICA EXTERNA Y REPRESENTACION JUDICIAL DEL HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S.E|OPS ADMINISTRATIVOS|ABRIL|ELIP607**SON:** CINCO MILLONES SETECIENTOS CUARENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**2.MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE**

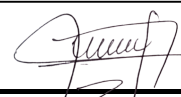
CUENTA	CONCEPTO	TERCERO	DEBITO	CREDITO
111005016	Davivienda 0560176769998160	40043210	\$ 0,00	\$ 5.743.488,00
249054001	PAGO HONORARIOS	40043210	\$ 5.743.488,00	\$ 0,00

FACTURAS AFECTADAS

Factura	Valor	Factura	Valor	Factura	Valor
2026C055A004ELIP607	\$ 5.743.488,00				

3.MOVIMIENTO PRESUPUESTAL VIGENCIA

CDP	RP	OBL	Orden_pago	Rubro	Nombre	Valor
			759	2.1.2.02.02.008.04	PERSONAL APOYO ADMINISTRATIVO	\$ 6.500.000,00

		Firma y Sello Beneficiario
ANA MARITZA DAVILA BARON	ARMANDO TIBADUIZA 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]