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:

COMPROBANTE DE EGRESO Número : 000000000013845

Nit: **891800395**

FECHA COMPROBANTE 30 de abril de 2026

1.DATOS DEL BENEFICIARIO

NOMBRE: INNOVA SALUD COLOMBIA S.A.S **CC o NIT** 901994376

MES CAUSADO:

NRO CONTRATO 2026C300AZFE21 **VALOR A GIRAR:** $105829443

DESCRIPCION:	300-2026|COMPRAVENTA DE MOBILIARIO HOSPITALARIO DESTINADO A LAS DIFERENTES ÁREAS DEL HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRÁ E.S.E|FE21
SON:	CIENTO CINCO MILLONES OCHOCIENTOS VEINTINUEVE MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y TRES PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

2.MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE

CUENTA	CONCEPTO	TERCERO	DEBITO	CREDITO
111005016	Davivienda 0560176769998160	901994376	$ 0,00	$ 105.829.443,00
240101001	PAGO PROVEEDORES BIENES Y SERVICIOS	901994376	$ 68.683.977,00	$ 0,00
240101001	PAGO PROVEEDORES BIENES Y SERVICIOS	901994376	$ 37.145.466,00	$ 0,00

FACTURAS AFECTADAS

Factura	Valor	Factura	Valor	Factura	Valor
2026C300AZFE21	$ 68.683.977,00				
2026C300A1ZFE21	$ 37.145.466,00				

3.MOVIMIENTO PRESUPUESTAL VIGENCIA

CDP	RP	OBL	Orden_pago	Rubro	Nombre	Valor
			762	2.1.2.01.01.003.01.06	OTRAS MÁQUINAS PARA USOS GENERALES Y SUS PARTES Y PIEZAS	$ 70.369.292,00
			762	2.1.2.01.01.003.01.06	OTRAS MÁQUINAS PARA USOS GENERALES Y SUS PARTES Y PIEZAS	$ 38.056.913,00

		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 Confirmo:Leidy Johana Lopez Gil
LICENCIADO A: [HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S.E.] NIT [891800395-1]