

Fecha:	30/04/2026	Nit:	1054554835	Beneficiario:	OCAMPO TRIANA GRACE VIVIANA
Telefono:		Direccion:	CENTRO		
Nro GP:	579	Nro OP:	558		
Entidad Bancaria		Tipo Cuenta:		Nro Cuenta Bancaria:	
Contratista:					
Forma de Pago:	TRANSFERENCIA	Detalle:		Valor:	3,000,000.00
Retenciones:	.00	Iva:	.00	Ica:	.00
				Otros:	.00

MOVIMIENTO PRESUPUESTAL							
OP	Nroreg	Nrodis	Rubro	Fuente	Nombre del Rubro		Valor
579	36	36	2.1.2.02.02.008.85940	ADM	Servicios Administrativos Combinados de Oficina		3,000,000.00
						TOTAL	3,000,000.00

MOVIMIENTO CONTABLE			
Cuenta	Nombre de la Cuenta	Debito	Credito
11100505	Davivienda - corriente 42700869-3		3,000,000.00
24905501	Servicios	3,000,000.00	
SUMAS IGUALES		3,000,000.00	3,000,000.00

VALOR EN LETRAS
SON TRES MILLONES PESOS
DESCRIPCION:
PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE ASESORÍA, APOYO Y ACOMPAÑAMIENTO EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD EN SALUD SOGCS EN LA E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN SIMÓN DE VICTORIA-CALDAS.

Gerente

Jefe de Grupo Administrativo

Beneficiario

C.C o NIT:



Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN SIMON
Nombre Proceso	PAGO ADMIS 2 PISO ABRIL
Fecha Pago	30/04/2026
Hora Pago	07:45

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	1054554835	Referencia	000000000000000000
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX9179	Banco	DAVIVIENDA
Valor	\$ 3.000.000,00	Estado	Pago Exitoso

© 2026 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial