

**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 : 00000000014046Nit: **891800395**

FECHA COMPROBANTE 8 de mayo de 2026

1.DATOS DEL BENEFICIARIO

NOMBRE: GOMEZ MANTILLA MABEL ROCIO

CC o NIT 60310095

MES CAUSADO:

NRO CONTRATO 2026C200A004ZCC004

VALOR A GIRAR: \$4800000

DESCRIPCION:	2026-200 PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS PARA EL SEGUIMIENTO Y MANTENIMIENTO EL PROGRAMA IAMII, RUTAS INTEGRALES DE ATENCION MATERNO PERINATAL Y RUTA DE TAENCIÓN AL ADOLESCENTE, DEL HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRÁ E.S.E ASISTENCIAL ABRIL CC004
---------------------	---

SON:	CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS CON CERO CTVS M/Cte.
-------------	--

2.MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE

CUENTA	CONCEPTO	TERCERO	DEBITO	CREDITO
111005016	Davivienda 0560176769998160	60310095	\$ 0,00	\$ 4.800.000,00
249055001	PAGOS SERVICIOS	60310095	\$ 4.800.000,00	\$ 0,00

FACTURAS AFECTADAS

Factura	Valor	Factura	Valor	Factura	Valor
2026C200A004ZCC004	\$ 4.800.000,00				

3.MOVIMIENTO PRESUPUESTAL VIGENCIA

CDP	RP	OBL	Orden_pago	Rubro	Nombre	Valor
			862	2.4.5.02.09.01	PERSONAL ASISTENCIAL	\$ 4.800.000,00

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

Nombre reporte : TSRPComprobanteEgresoCheque028

Elaboró. :1054683648 ANGIE DANIELA LOPEZ MALAGON

Confirno:Leidy Johana Lopez Gil

LICENCIADO A: [HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S.E.] NIT [891800395-1]