

**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 : 000000000014106**Nit: 891800395****FECHA COMPROBANTE 14 de mayo de 2026****1.DATOS DEL BENEFICIARIO****NOMBRE:** Osher Biotecnologica SAS**CC o NIT** 901199564**MES CAUSADO:****NRO CONTRATO** 2026C191A001FEV1525**VALOR A GIRAR:** \$5895427**DESCRIPCION:** 2026-191|PRESTACION DEL SERVICIO DE ADECUACION, RE-ENVASE Y REEMPAQUE DE MEDICAMENTOS Y NUTRICIONES PARENTERALES, QUE REQUIERA EL HOSPITAL EL HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S.E|ASISTENCIAL|ABRIL|FEV1525Y1473**SON:** CINCO MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS VEINTISIETE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**2.MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE**

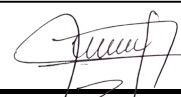
CUENTA	CONCEPTO	TERCERO	DEBITO	CREDITO
111005016	Davivienda 0560176769998160	901199564	\$ 0,00	\$ 5.895.427,00
240101001	PAGO PROVEEDORES BIENES Y SERVICIOS	901199564	\$ 5.895.427,00	\$ 0,00

FACTURAS AFECTADAS

Factura	Valor	Factura	Valor	Factura	Valor
2026C191A001FEV15 25	\$ 5.895.427,00				

3.MOVIMIENTO PRESUPUESTAL VIGENCIA

CDP	RP	OBL	Orden_pago	Rubro	Nombre	Valor
			918	2.4.5.02.09.01	PERSONAL ASISTENCIAL	\$ 6.255.513,00

		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]