

**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 : 000000000014135**Nit: 891800395****FECHA COMPROBANTE 21 de mayo de 2026****1.DATOS DEL BENEFICIARIO****NOMBRE:** MARTINEZ BORDA OSCAR HERNAN**CC o NIT** 74347904**MES CAUSADO:****NRO CONTRATO** 2026C198A001FVE76**VALOR A GIRAR:** \$36916954

DESCRIPCION:	2026-198SUMINISTRO DE REPUESTOS Y MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE LAS AMBULANCIAS DEL HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRÁ E.S.E.[MANTENIMIENTO]FVE76FVE77FVE78FVE79FVE80FVE81FVE82FVE83
SON:	TREINTA Y SEIS MILLONES NOVECIENTOS DIECISEIS MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y CUATRO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

2.MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE

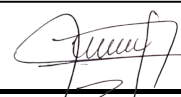
CUENTA	CONCEPTO	TERCERO	DEBITO	CREDITO
111005016	Davivienda 0560176769998160	74347904	\$ 0,00	\$ 36.916.954,00
249055001	PAGOS SERVICIOS	74347904	\$ 36.916.954,00	\$ 0,00

FACTURAS AFECTADAS

Factura	Valor	Factura	Valor	Factura	Valor
2026C198A001FVE76	\$ 36.916.954,00				

3.MOVIMIENTO PRESUPUESTAL VIGENCIA

CDP	RP	OBL	Orden_pago	Rubro	Nombre	Valor
			944	2.4.5.01.04.01	MANTENIMIENTO HOSPITALARIO- MATERIALES Y SUMINISTROS	\$ 38.455.160,00

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

Nombre reporte : TSRPComprobanteEgresoCheque028

Elaboró. :1054683648 ANGIE DANIELA LOPEZ MALAGON

Confirmito:Leidy Johana Lopez Gil

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