

**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 : 000000000014143**Nit: 891800395****FECHA COMPROBANTE 21 de mayo de 2026****1.DATOS DEL BENEFICIARIO****NOMBRE:** OSHER BIOTECNOLOGICA SAS**CC o NIT** 901199564**MES CAUSADO:****NRO CONTRATO** 2026C191A002FEV1558**VALOR A GIRAR:** \$906149**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|FEV1558Y1560**SON:** NOVECIENTOS SEIS MIL CIENTO CUARENTA Y NUEVE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**2.MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE**

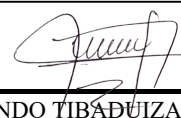
CUENTA	CONCEPTO	TERCERO	DEBITO	CREDITO
111005016	Davivienda 0560176769998160	901199564	\$ 0,00	\$ 906.149,00
240101001	PAGO PROVEEDORES BIENES Y SERVICIOS	901199564	\$ 906.149,00	\$ 0,00

FACTURAS AFECTADAS

Factura	Valor	Factura	Valor	Factura	Valor
2026C191A002FEV1558	\$ 906.149,00				

3.MOVIMIENTO PRESUPUESTAL VIGENCIA

CDP	RP	OBL	Orden_pago	Rubro	Nombre	Valor
			952	2.4.5.02.09.01	PERSONAL ASISTENCIAL	\$ 961.495,00

		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

Confirмо:Leidy Johana Lopez Gil

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