

COMPROBANTE DE EGRESO

Vigencia: 2026

Nro: 719

Fecha:	05/06/2026	Nit:	1054554835	Beneficiario:	OCAMPO TRIANA GRACE VIVIANA
Telefono:		Direccion:	CENTRO		
Nro GP:	745	Nro OP:	788		

Entidad Bancaria Contratista:		Tipo Cuenta:		Nro Cuenta Bancaria:	
----------------------------------	--	--------------	--	----------------------	--

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
745	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.



Marilu Hernandez
Gerente



Yulieth Ruiz Petro
Tecnico Administrativo

TRANSFERENCIA

OCAMPO TRIANA GRACE VIVIANA
1054554835

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN SIMON
Nombre Proceso	PAGO CALIDAD MAYO
Fecha Pago	05/06/2026
Hora Pago	17:38

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	1054554835	Referencia	
Nombre	GRACE OCAMPO		
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXX9179	Banco	DAVIVIENDA
Valor	\$ 3.000.000,00	Estado	Pago Exitoso