

**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 : 00000000014436**Nit: **891800395**

FECHA COMPROBANTE 5 de junio de 2026

**1.DATOS DEL BENEFICIARIO**

NOMBRE: TORRES SANCHEZ MAYRA ALEJANDRA

CC o NIT 1098817781

MES CAUSADO:

NRO CONTRATO 2026C314A002ZCC002

VALOR A GIRAR: \$5746667

<b>DESCRIPCION:</b>	2026-314 PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA PARA BRINDAR APOYO EN LA PROGRAMACIÓN DE LAS SALAS DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRÁ E.S.E. ASISTENCIAL MAYO CC002
---------------------	---

<b>SON:</b>	CINCO MILLONES SETECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.
-------------	---

**2.MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE**

CUENTA	CONCEPTO	TERCERO	DEBITO	CREDITO
111005016	Davivienda 0560176769998160	1098817781	\$ 0,00	\$ 5.746.667,00
249055001	PAGOS SERVICIOS	1098817781	\$ 5.746.667,00	\$ 0,00

**FACTURAS AFECTADAS**

Factura	Valor	Factura	Valor	Factura	Valor
2026C314A002ZCC00 2	\$ 5.746.667,00				

**3.MOVIMIENTO PRESUPUESTAL VIGENCIA**

CDP	RP	OBL	Orden_pago	Rubro	Nombre	Valor
			1118	2.4.5.02.09.01	PERSONAL ASISTENCIAL	\$ 5.746.667,00

		Firma y Sello Beneficiario
ANA MARITZA DAVILA BARON GERENTE	ARMANDO TIBADUZZA 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]