

**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 : 000000000014496**Nit: 891800395****FECHA COMPROBANTE 17 de junio de 2026****1.DATOS DEL BENEFICIARIO****NOMBRE:** SANTOS BERNAL DANIEL FELIPE**CC o NIT** 1022416315**MES CAUSADO:****NRO CONTRATO** 2026C310A002ZCC002**VALOR A GIRAR:** \$5500000**DESCRIPCION:** 2026-310|PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA COORDINACION DEL SERVICIO DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS PARA EL HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRÁ E.S.E.|ASISTENCIAL|MAYO|CC002**SON:** CINCO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**2.MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE**

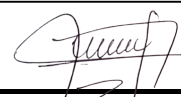
CUENTA	CONCEPTO	TERCERO	DEBITO	CREDITO
111005016	Davivienda 0560176769998160	1022416315	\$ 0,00	\$ 5.500.000,00
249055001	PAGOS SERVICIOS	1022416315	\$ 5.500.000,00	\$ 0,00

FACTURAS AFECTADAS

Factura	Valor	Factura	Valor	Factura	Valor
2026C310A002ZCC00 2	\$ 5.500.000,00				

3.MOVIMIENTO PRESUPUESTAL VIGENCIA

CDP	RP	OBL	Orden_pago	Rubro	Nombre	Valor
			1174	2.4.5.02.09.01	PERSONAL ASISTENCIAL	\$ 5.500.000,00

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

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]