

**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 : 000000000014647**Nit: 891800395****FECHA COMPROBANTE 30 de junio de 2026****1.DATOS DEL BENEFICIARIO****NOMBRE:** ORTIZ ROLDAN IVAN FERNANDO**CC o NIT** 1110469546**MES CAUSADO:****NRO CONTRATO** 2026C081A006FEI140**VALOR A GIRAR:** \$13338946**DESCRIPCION:** 2026-081|PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN MEDICINA ESPECIALIZADA (MEDICINA DE URGENCIAS) PARA EL HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRÁ E.S.E|ASISTENCIAL|JUNIO|FEI140**SON:** TRECE MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**2.MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE**

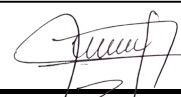
CUENTA	CONCEPTO	TERCERO	DEBITO	CREDITO
111005016	Davivienda 0560176769998160	1110469546	\$ 0,00	\$ 13.338.946,00
249054001	PAGO HONORARIOS	1110469546	\$ 13.338.946,00	\$ 0,00

FACTURAS AFECTADAS

Factura	Valor	Factura	Valor	Factura	Valor
2026C081A006FEI140	\$ 13.338.946,00				

3.MOVIMIENTO PRESUPUESTAL VIGENCIA

CDP	RP	OBL	Orden_pago	Rubro	Nombre	Valor
			1319	2.4.5.02.09.01	PERSONAL ASISTENCIAL	\$ 14.987.580,00

		Firma y Sello Beneficiario
ANA MARITZA DAVILA BARON	ARMANDO TIBADUIZA 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]