

**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 : 000000000013353**Nit: 891800395****FECHA COMPROBANTE 6 de marzo de 2026****1.DATOS DEL BENEFICIARIO****NOMBRE:** GRUPO MERAKI-G S.A.S.**CC o NIT** 901516184**MES CAUSADO:****NRO CONTRATO** PAGOSEGUNRESOLUCI430**VALOR A GIRAR:** \$68091731

DESCRIPCION:	2025-424 ELABORACIÓN DE ESTUDIOS Y DISEÑOS PARA LA FORMULACIÓN DEL PROYECTO "CONSTRUCCIÓN DE LA SEDE MARIANA RÍOS DEL HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRÁ ESE- DEPARTAMENTO DE BOYACÁ OTROS SERVICIOS DICIEMBRE CUENTA POR PAGAR SEGUN ACTA POR SUSPENCIÓN DEL CONTRATO
SON:	SESENTA Y OCHO MILLONES NOVENTA Y UN MIL SETECIENTOS TREINTA Y UN PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

2.MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE

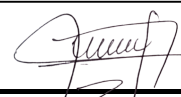
CUENTA	CONCEPTO	TERCERO	DEBITO	CREDITO
111005016	Davivienda 0560176769998160	901516184	\$ 0,00	\$ 68.091.731,00
249055001	PAGOS SERVICIOS	901516184	\$ 68.091.731,00	\$ 0,00

FACTURAS AFECTADAS

Factura	Valor	Factura	Valor	Factura	Valor
PAGOSEGUNRESOLUCI430	\$ 68.091.731,00				

3.MOVIMIENTO PRESUPUESTAL VIGENCIA

CDP	RP	OBL	Orden_pago	Rubro	Nombre	Valor
			438	2.3.2.02.02.008.02	SERVICIOS PRESTADOS A LAS EMPRESAS Y SERVICIOS DE PRODUCCIÓN CUENTA POR PAGAR	\$ 70.984.809,00

		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]