

**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 : 000000000013404**Nit: 891800395**

FECHA COMPROBANTE 20 de marzo de 2026

1.DATOS DEL BENEFICIARIO**NOMBRE:** GRUPO MERAKI-G S.A.S.**CC o NIT** 901516184**MES CAUSADO:****NRO CONTRATO** PAGOSEGUNRESOLUC430**VALOR A GIRAR:** \$65228572

DESCRIPCION:	ABONO A CUENTA POR PAGAR SEGUN RESOLUCION N° 430 DEL 31 DE DICIEMBRE DE 2025" FACTURA FVE16
SON:	SESENTA Y CINCO MILLONES DOSCIENTOS VEINTIOCHO MIL QUINIENTOS SETENTA Y DOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

2.MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE

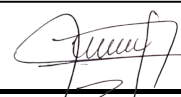
CUENTA	CONCEPTO	TERCERO	DEBITO	CREDITO
111005016	Davivienda 0560176769998160	901516184	\$ 0,00	\$ 65.228.572,00
249055001	PAGOS SERVICIOS	901516184	\$ 65.228.572,00	\$ 0,00

FACTURAS AFECTADAS

Factura	Valor	Factura	Valor	Factura	Valor
PAGOSEGUNRESOLUC 430	\$ 65.228.572,00				

3.MOVIMIENTO PRESUPUESTAL VIGENCIA

CDP	RP	OBL	Orden_pago	Rubro	Nombre	Valor
			447	2.3.2.02.02.008.02	SERVICIOS PRESTADOS A LAS EMPRESAS Y SERVICIOS DE PRODUCCIÓN CUENTA POR PAGAR	\$ 68.000.000,00

		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]