

**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 : 000000000014922****Nit: 891800395****FECHA COMPROBANTE 30 de julio de 2026****1.DATOS DEL BENEFICIARIO****NOMBRE:** GRUPO EMPRESARIAL VINCULAMOS S.A.S**CC o NIT**

826003482

**MES CAUSADO:****NRO CONTRATO** 2026C343A001GR4180**VALOR A GIRAR:** \$37697479**DESCRIPCION:** 2026-343|PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE LAVANDERÍA PARA ROPA HOSPITALARIA DE ACUERDO CON LOS REQUERIMIENTOS Y PROGRAMACIONES QUE REALICE EL HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRÁ E.S.E|LAVANDERIA|JULIO|GR4180**SON:** TREINTA Y SIETE MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y NUEVE PESOS CON CERO CTVS M/Cte.**2.MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE**

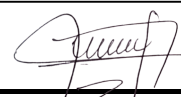
| CUENTA    | CONCEPTO                       | TERCERO   | DEBITO           | CREDITO          |
|-----------|--------------------------------|-----------|------------------|------------------|
| 111005016 | Davivienda<br>0560176769998160 | 826003482 | \$ 0,00          | \$ 37.697.479,00 |
| 249055001 | PAGOS SERVICIOS                | 826003482 | \$ 37.697.479,00 | \$ 0,00          |

**FACTURAS AFECTADAS**

| Factura            | Valor            | Factura | Valor | Factura | Valor |
|--------------------|------------------|---------|-------|---------|-------|
| 2026C343A001GR4180 | \$ 37.697.479,00 |         |       |         |       |

**3.MOVIMIENTO PRESUPUESTAL VIGENCIA**

| CDP | RP | OBL | Orden_pago | Rubro          | Nombre                 | Valor            |
|-----|----|-----|------------|----------------|------------------------|------------------|
|     |    |     | 1479       | 2.4.5.02.08.03 | SERVICIO DE LAVANDERIA | \$ 40.000.000,00 |

|                                                                                     |                                                                                     |                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
|  |  | 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]