MARIA EUGENIA ESCOBAR SALDARRIAGA - Documento No.: 30382809

CINCO MILLONES SETECIENTOS VEINTIOCHO MIL PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SANTA ROSA DE CABAL

891480036

VIGILADO Supersalud

Línea de Atención al Usuario 6059973 - Bogotá, D.C.
Línea Gratuita Nacional: 018000910383

Estado : Registrado 30/07/2026 11:46:59 a.m.

COMPROBANTE DE EGRESO N° : 000000000035488

Fecha de Impresión : jueves, 30 julio 2026

Elaborado por. :24758237 FANNY GARCIA GOMEZ

Consecutivo :	000000000035488	Valor :	$ 5.728.000
Beneficiario	30382809 ESCOBAR SALDARRIAGA MARIA EUGENIA		
Detalle :	PAGO A MARIA EUGENIA ESCOBAR SALDIARRAGA POR SERVICIOS DE SALUD CORRESPONDIENTES A SU PROFESIÓN (EBS) DEFINIDOS POR LA RESOLUCIÓN 245 DEL 10 FEBRERO DE 2026 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y LINEAMIENTOS NACIONALES EN EL CONTEXTO DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD HACIENDO PARTE DE LOS DENOMINADOS EQUIPOS BÁSICOS EN SALUD QUE REALIZARÁN LAS ATENCIONES A LA POBLACIÓN EN SU DOMICILIO Y EN UN AMBIENTE INDIVIDUAL Y COMUNITARIO CONTRATO 247 2026 POR $12.800.000 DEL 1/07/2026 AL 31/10/2026 CDP 263 RP 606 MES DE JULIO DE 2026 DST0001497 CDP 263 RP 606 ACTA PARCIAL No 01 DEL 30/07/2026 (se descuenta estampilla pro cultura municipal 1% y estampilla pro adulto mayor 4% del vr del contrato en el primer pago)	*Numero Nota:*	35488
Valor en Letras	CINCO MILLONES SETECIENTOS VEINTIOCHO MIL PESOS CON CERO CTVS M/Cte.		

DATOS DEL PAGO EN CHEQUE

Banco DAVIVIENDA

Numero : Consignar : 07/30/2026 Impuesto X Mil : $ 0

DETALLE DEL MOVIMIENTO

CONCEPTO	TERCERO	CUENTA	DEBITO	CREDITO
EQUIPOS BASICOS DIFERENCIAL RESOLUCION 000245 DEL 10 DE FEBRERO 2026	30382809	11100620	$ 0	$ 5.728.000
HONORARIOS	30382809	24905401	$ 6.368.000	$ 0
ESTAMPILLA PRO-CULTURA MUNICIPAL 1% DESCUENTO EGRESO (ACTUAL)	30382809	24072201	$ 0	$ 128.000
ESTAMPILLA PRO ADULTO MAYOR 4% DESCUENTO EGRESO	30382809	24072202	$ 0	$ 512.000

FACTURAS AFECTADAS

Factura	Valor	Factura	Valor	Factura	Valor
DST0000001497	$ 6.368.000,00				

PREPARADO	REVISADO	APROBADO	CONTABILIZADO	FIRMA Y SELLO DEL BENEFICIARIO

Nombre reporte : TSRPComprobanteEgresoCheque Usuario que imprime. :24758237

DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PA UL
Nombre Proceso	MARIA EUGENIA ESCOBAR SALDARRIAGA
Fecha Pago	30/07/2026
Hora Pago	14:16

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	30382809	**Referencia**	8914800366
Nombre	MARIA EUGENIA ESCOBAR SALDARRIAGA		
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXX4366	**Banco**	DAVIVIENDA
Valor	$ 5.728.000,00	**Estado**	Pago Exitoso

© 2026 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial