SANTA ROSA DE CABAL 07 10 2026 $ 3.087.750

MANUELA BAYER MARQUEZ - Documento No.: 1087986373

TRES MILLONES OCHENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS CINCUENTA PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

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

891480036

VIGILADO Supersalud

COMPROBANTE DE EGRESO N° : 000000000035897

Estado : Registrado 7/10/2026 2:31:26 p.m.

Fecha de Impresión : miércoles, 07 octubre 2026

Elaborado por. :24758237 FANNY GARCIA GOMEZ

Consecutivo : 000000000035897 Valor : $ 3.087.750

Beneficiario 1087986373 BAYER MARQUEZ MANUELA

Detalle : PAGO A MANUELA BAYER MARQUEZ POR PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD CORRESPONDIENTES A SU PROFESIÓN (AUXILIAR DE ENFERMERIA) 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 279-2026 POR $6.900.000 DEL 1/09/2026 AL 31/10/2026 CDP 255 RP 708 MES DE SEPTIEMBRE DE 2026 acta parcial 01 del 07/10/2026 (descuento de estampilla pro-cultura municipal 1% y estampilla pro-adulto mayor 4% del vr del contrato en el primer pago

Numero Nota: 35986

Valor en Letras TRES MILLONES OCHENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS CINCUENTA PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

DATOS DEL PAGO EN CHEQUE

Banco DAVIVIENDA

Numero : Consignar : 10/07/2026 Impuesto X Mil : $ 0

DETALLE DEL MOVIMIENTO

CONCEPTO	TERCERO	CUENTA	DEBITO	CREDITO
EQUIPOS BASICOS DIFERENCIAL RESOLUCION 000245 DEL 10 DE FEBRERO 2026	1087986373	11100620	$ 0	$ 3.087.750
SERVICIOS	1087986373	24905501	$ 3.432.750	$ 0
ESTAMPILLA PRO-CULTURA MUNICIPAL 1% DESCUENTO EGRESO (ACTUAL)	1087986373	24072201	$ 0	$ 69.000
ESTAMPILLA PRO ADULTO MAYOR 4% DESCUENTO EGRESO	1087986373	24072202	$ 0	$ 276.000

FACTURAS AFECTADAS

Factura	Valor	Factura	Valor	Factura	Valor
DST0000001592	$ 3.432.750,00				

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	MANUELA BAYER MARQUEZ
Fecha Pago	07/10/2026
Hora Pago	15:52

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	1087986373	**Referencia**	8914800366
Nombre	MANUELA BAYER MARQUEZ MANUELA BAYER MARQUEZ		
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXX8443	**Banco**	DAVIVIENDA
Valor	$ 3.087.750,00	**Estado**	Pago Exitoso

© 2026 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial