COMPROBANTE DE EGRESO Número : 000000000015934

Nit: **891800395**

FECHA COMPROBANTE 21 de octubre de 2026

1.DATOS DEL BENEFICIARIO

NOMBRE: OSTEOCOL S A S **CC o NIT** 900303413

MES CAUSADO:

NRO CONTRATO 2026C413A001OS27590 **VALOR A GIRAR:** $70484256

DESCRIPCION:	2026-413|ARRENDAMIENTO DE UN INTENSIFICADOR DE IMAGEN TIPO ARCO EN C PARA EL HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRÁ E.S.E.|ARRENDAMIENTOS|SEPTIEMBRE|OS27590
SON:	SETENTA MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y SEIS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

2.MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE

CUENTA	CONCEPTO	TERCERO	DEBITO	CREDITO
111005016	Davivienda 0560176769998160	900303413	$ 0,00	$ 70.484.256,00
240101001	PAGO PROVEEDORES BIENES Y SERVICIOS	900303413	$ 35.242.128,00	$ 0,00
240101001	PAGO PROVEEDORES BIENES Y SERVICIOS	900303413	$ 35.242.128,00	$ 0,00

FACTURAS AFECTADAS

Factura	Valor	Factura	Valor	Factura	Valor
2026C413A001OS27590	$ 35.242.128,00				
2026C413A002OS28439	$ 35.242.128,00				

3.MOVIMIENTO PRESUPUESTAL VIGENCIA

CDP	RP	OBL	Orden_pago	Rubro	Nombre	Valor
			2159	2.4.5.02.07.01	ARRENDAMIENTOS	$ 37.394.679,00
			2159	2.4.5.02.07.01	ARRENDAMIENTOS	$ 37.394.679,00

		Firma y Sello Beneficiario
ANA MARITZA DAVILA BARON	ARMANDO TIBADUIZA VARGAS	cc o Nit
GERENTE	SUBGERENTE ADMINISTRATIVO	

Nombre reporte : TSRPComprobanteEgresoCheque028
Elaboró. :1054683648 ANGIE DANIELA LOPEZ MALAGON Confirmo:Leidy Johana Lopez Gil
LICENCIADO A: [HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S.E.] NIT [891800395-1]