

# Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander  
Secretaría de Hacienda

Recibo N°  
2502400334110

**Trámite** CONTRATOS - ORDENES DE PRESTACION DE SERVICIOS Y CONTRATOS DE ADICION

**Contribuyente**

|                          |                    |
|--------------------------|--------------------|
| PRO HOSPITAL             | \$1.805.100        |
| PRO UIS                  | \$1.805.100        |
| <b>Total Estampillas</b> | <b>\$3.610.200</b> |
| Ordenanza 012            | \$361.020          |
| <b>Total a Pagar</b>     | <b>\$3.971.220</b> |

Fecha de Expedición 8/07/2024 3:55:45 p. m. Fecha Límite de Pago 2024/07/15  
Con destino a: Alcaldía de Barbosa

**Contribuyente** Tipo de Doc. C.C. Número 52878218

Nombre YURY SMIT ANGULO DELGADILLO  
Dirección Municipio BUCARAMANGA Departamento SANTANDER

Teléfono

Barcode: (415)7709998038639(8020)02502400334110(3900)00000003971220(96)20240715

|                      |             |
|----------------------|-------------|
| NRO. CONTRATO        | 52          |
| VALOR BASE           | 90.254.042  |
| VALOR ORDEN DE PAGO  | 90.254.042  |
| VALOR TOTAL CONTRATO | 200.000.000 |
| NUMERO ORDEN DE PAGO | 001         |
| FECHA CONTRATO       | 09/05/2023  |

**Trámite** CONTRATOS - ORDENES DE PRESTACION DE SERVICIOS Y CONTRATOS DE ADICION

Con destino a: Alcaldía de Barbosa

Tipo de Doc. C.C. Número: 52878218  
Nombre: YURY SMIT ANGULO DELGADILLO  
Dirección: Municipio BUCARAMANGA Departamento SANTANDER

**Recibo N°** 2502400334110

Barcode: (415)7709998038639(8020)02502400334110(3900)00000003971220(96)20240715

|                          |                    |
|--------------------------|--------------------|
| PRO HOSPITAL             | \$1.805.100        |
| PRO UIS                  | \$1.805.100        |
| <b>Total Estampillas</b> | <b>\$3.610.200</b> |
| Ordenanza 012            | \$361.020          |
| <b>Total a Pagar</b>     | <b>\$3.971.220</b> |

**SVC** **Trámite** CONTRATOS - ORDENES DE PRESTACION DE SERVICIOS Y CONTRATOS DE ADICION

Con destino a: Alcaldía de Barbosa

**Total a Pagar** \$3.971.220

Fecha de Expedición 8/07/2024 3:55:45 p. m. Fecha Límite de Pago 2024/07/15

**Recibo N°** 2502400334110

|                      |             |
|----------------------|-------------|
| NRO. CONTRATO        | 52          |
| VALOR BASE           | 90.254.042  |
| VALOR ORDEN DE PAGO  | 90.254.042  |
| VALOR TOTAL CONTRATO | 200.000.000 |
| NUMERO ORDEN DE PAGO | 001         |
| FECHA CONTRATO       | 09/05/2023  |

|                          |                    |
|--------------------------|--------------------|
| PRO HOSPITAL             | \$1.805.100        |
| PRO UIS                  | \$1.805.100        |
| <b>Total Estampillas</b> | <b>\$3.610.200</b> |
| Ordenanza 012            | \$361.020          |

**Gobernación** **Trámite** CONTRATOS - ORDENES DE PRESTACION DE SERVICIOS Y CONTRATOS DE ADICION

Con destino a: Alcaldía de Barbosa

|                          |                    |
|--------------------------|--------------------|
| PRO HOSPITAL             | \$1.805.100        |
| PRO UIS                  | \$1.805.100        |
| <b>Total Estampillas</b> | <b>\$3.610.200</b> |
| Ordenanza 012            | \$361.020          |
| <b>Total a Pagar</b>     | <b>\$3.971.220</b> |

**Contribuyente** Tipo de Doc. C.C. Número 52878218

Nombre YURY SMIT ANGULO DELGADILLO  
Dirección Municipio BUCARAMANGA Departamento SANTANDER

Teléfono

Barcode: (415)8902012356005(8020)02502400334110(3900)00000003610200(96)20240715

Fecha de Expedición 8/07/2024 3:55:45 p. m. Fecha Límite de Pago 2024/07/15

|                      |             |
|----------------------|-------------|
| NRO. CONTRATO        | 52          |
| VALOR BASE           | 90.254.042  |
| VALOR ORDEN DE PAGO  | 90.254.042  |
| VALOR TOTAL CONTRATO | 200.000.000 |
| NUMERO ORDEN DE PAGO | 001         |
| FECHA CONTRATO       | 09/05/2023  |

**Banco** **Trámite** CONTRATOS - ORDENES DE PRESTACION DE SERVICIOS Y CONTRATOS DE ADICION

Con destino a: Alcaldía de Barbosa

Fecha de Expedición 8/07/2024 3:55:45 p. m.

**Total a Pagar** \$3.971.220

**Recibo N°** 2502400334110

Barcode: (415)8902012356005(8020)02502400334110(3900)00000003610200(96)20240715

|                          |                    |
|--------------------------|--------------------|
| PRO HOSPITAL             | \$1.805.100        |
| PRO UIS                  | \$1.805.100        |
| <b>Total Estampillas</b> | <b>\$3.610.200</b> |
| Ordenanza 012            | \$361.020          |

BP G. 11048001150-1  
BP SYC. 22048012843-8