



Fecha de Expedición 2025/05/27

Fecha Limite de Pago

Recibo N° 8352500074418

Trámite

CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONA NATURAL

PRO HOSPITAL

\$ 28.000

Total a Pagar

\$ 28.000

Con destino a: Alcaldía de Córdoba

Contribuyente

Tipo de Doc. CC

Número 1097390189

Nombre YISENIA RUIZ AGUIRRE

Teléfono



(415)0000000024605(8020)08352500074418(3900)0000000028000(96)

VALOR BASE	\$ 1.400.000
VALOR TOTAL CONTRATO	\$ 4.200.000
VALOR ORDEN DE PAGO	\$ 1.400.000
FECHA CONTRATO	21/02/2025
NRO. CONTRATO	052
NUMERO ORDEN DE PAGO	03

Contribuyente

Formato RE.OP-16L 17/12/2024 V 0.0



Recibo N° 8352500074418

Fecha de Expedición 2025/05/27

Fecha Limite de Pago

Trámite

CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONA NATURAL

PRO HOSPITAL

\$ 28.000

Total a Pagar

\$ 28.000

Con destino a: Alcaldía de Córdoba

Contribuyente

Tipo de Doc. CC

Número 1097390189

Nombre YISENIA RUIZ AGUIRRE

Teléfono



(415)0000000024605(8020)08352500074418(3900)0000000028000(96)

VALOR BASE	\$ 1.400.000
VALOR TOTAL CONTRATO	\$ 4.200.000
VALOR ORDEN DE PAGO	\$ 1.400.000
FECHA CONTRATO	21/02/2025
NRO. CONTRATO	052
NUMERO ORDEN DE PAGO	03

Soporte trámite

Formato RE.OP-16L 17/12/2024 V 0.0



Recibo N° 8352500074418

Fecha de Expedición 2025/05/27

Fecha Limite de Pago

Trámite

CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONA NATURAL

PRO HOSPITAL

\$ 28.000

Total a Pagar

\$ 28.000

Con destino a: Alcaldía de Córdoba

Contribuyente

Tipo de Doc. CC

Número 1097390189

Nombre YISENIA RUIZ AGUIRRE

Teléfono



(415)0000000024605(8020)08352500074418(3900)0000000028000(96)

VALOR BASE	\$ 1.400.000
VALOR TOTAL CONTRATO	\$ 4.200.000
VALOR ORDEN DE PAGO	\$ 1.400.000
FECHA CONTRATO	21/02/2025
NRO. CONTRATO	052
NUMERO ORDEN DE PAGO	03

Soporte Entidad

Formato RE.OP-16L 17/12/2024 V 0.0