Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502500392920

Contribuyente

Trámite CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

PRO HOSPITAL	$ 80.000
PRO UIS	$ 80.000
Total Estampillas	**$ 160.000**
Ordenanza 012	$ 16.000
Total a Pagar	**$ 176.000**

Fecha de Expedición 2025/06/26 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/02

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 1126000920
Nombre MANUEL ALEJANDRO OVIEDO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500392920(3900)00000000176000(96)20250702

VALOR BASE	$ 4.000.000
VALOR TOTAL CONTRATO	$ 16.000.000
VALOR ORDEN DE PAGO	$ 4.000.000
FECHA CONTRATO	20/02/2025
NRO. CONTRATO	7532195
NUMERO ORDEN DE PAGO	4

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500392920

Trámite CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: MANUEL ALEJANDRO OVIEDO
Dirección:
Número: 1126000920
Teléfono:

VALOR BASE	$ 4.000.000
VALOR TOTAL CONTRATO	$ 16.000.000
VALOR ORDEN DE PAGO	$ 4.000.000
FECHA CONTRATO	20/02/2025
NRO. CONTRATO	7532195

PRO HOSPITAL	$ 80.000
PRO UIS	$ 80.000
Total Estampillas	**$ 160.000**
Ordenanza 012	$ 16.000
Total a Pagar	**$ 176.000**

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500392920

Trámite CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Total a Pagar **$ 176.000**

Fecha de Expedición 2025/06/26 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/02

VALOR BASE	$ 4.000.000
VALOR TOTAL CONTRATO	$ 16.000.000
VALOR ORDEN DE PAGO	$ 4.000.000
FECHA CONTRATO	20/02/2025
NRO. CONTRATO	7532195

PRO HOSPITAL	$ 80.000
PRO UIS	$ 80.000
Total Estampillas	**$ 160.000**
Ordenanza 012	$ 16.000

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500392920

Trámite CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

PRO HOSPITAL	$ 80.000
PRO UIS	$ 80.000
Total Estampillas	**$ 160.000**
Ordenanza 012	$ 16.000
Total a Pagar	**$ 176.000**

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 1126000920
Nombre MANUEL ALEJANDRO OVIEDO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500392920(3900)00000000160000(96)20250702

Fecha de Expedición 2025/06/26
Fecha Limite de Pago 2025/07/02

VALOR BASE	$ 4.000.000
VALOR TOTAL CONTRATO	$ 16.000.000
VALOR ORDEN DE PAGO	$ 4.000.000
FECHA CONTRATO	20/02/2025
NRO. CONTRATO	7532195

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500392920

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 1126000920
Nombre MANUEL ALEJANDRO OVIEDO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

Trámite CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Fecha de Expedición 2025/06/26

Total a Pagar **$ 176.000**

(415)8902012356005(8020)02502500392920(3900)00000000160000(96)20250702

(415)8902012356006(8020)02502500392920(3900)00000000016000(96)20250702

PRO HOSPITAL	$ 80.000
PRO UIS	$ 80.000
Total Estampillas	**$ 160.000**
Ordenanza 012	$ 16.000