Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502500385712

Contribuyente

Trámite CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

PRO HOSPITAL	$ 110.000
PRO UIS	$ 110.000
Total Estampillas	**$ 220.000**
Ordenanza 012	$ 22.000
Total a Pagar	**$ 242.000**

Fecha de Expedición 2025/06/24 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/01

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 1098735134

Nombre MARIA FERNANDA OJEDA AMADO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500385712(3900)00000000242000(96)20250701

VALOR BASE	$ 5.500.000
VALOR TOTAL CONTRATO	$ 22.000.000
VALOR ORDEN DE PAGO	$ 5.500.000
FECHA CONTRATO	06/02/2025
NRO. CONTRATO	7424559
NUMERO ORDEN DE PAGO	4

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502500385712

Trámite CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: MARIA FERNANDA OJEDA AMADO
Dirección:
Número: 1098735134
Teléfono:

VALOR BASE	$ 5.500.000
VALOR TOTAL CONTRATO	$ 22.000.000
VALOR ORDEN DE PAGO	$ 5.500.000
FECHA CONTRATO	06/02/2025
NRO. CONTRATO	7424559

PRO HOSPITAL	$ 110.000
PRO UIS	$ 110.000
Total Estampillas	**$ 220.000**
Ordenanza 012	$ 22.000
Total a Pagar	**$ 242.000**

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502500385712

Trámite CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Total a Pagar	**$ 242.000**

Fecha de Expedición 2025/06/24 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/01

VALOR BASE	$ 5.500.000
VALOR TOTAL CONTRATO	$ 22.000.000
VALOR ORDEN DE PAGO	$ 5.500.000
FECHA CONTRATO	06/02/2025
NRO. CONTRATO	7424559

PRO HOSPITAL	$ 110.000
PRO UIS	$ 110.000
Total Estampillas	**$ 220.000**
Ordenanza 012	$ 22.000

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502500385712

Trámite CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

PRO HOSPITAL	$ 110.000
PRO UIS	$ 110.000
Total Estampillas	**$ 220.000**
Ordenanza 012	$ 22.000
Total a Pagar	**$ 242.000**

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 1098735134

Nombre MARIA FERNANDA OJEDA AMADO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500385712(3900)00000000220000(96)20250701

Fecha de Expedición 2025/06/24
Fecha Limite de Pago 2025/07/01

VALOR BASE	$ 5.500.000
VALOR TOTAL CONTRATO	$ 22.000.000
VALOR ORDEN DE PAGO	$ 5.500.000
FECHA CONTRATO	06/02/2025
NRO. CONTRATO	7424559

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502500385712

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 1098735134

Nombre MARIA FERNANDA OJEDA AMADO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

Trámite CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Fecha de Expedición 2025/06/24

Total a Pagar	**$ 242.000**

(415)8902012356005(8020)02502500385712(3900)00000000220000(96)20250701

(415)8902012356006(8020)02502500385712(3900)00000000022000(96)20250701

PRO HOSPITAL	$ 110.000
PRO UIS	$ 110.000
Total Estampillas	**$ 220.000**
Ordenanza 012	$ 22.000