Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502500870670

Contribuyente

Trámite CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

PRO HOSPITAL	$ 140.000
PRO UIS	$ 140.000
Total Estampillas	**$ 280.000**
Ordenanza 012	$ 28.000
Total a Pagar	**$ 308.000**

Fecha de Expedición 2025/12/23 **Fecha Limite de Pago** 2025/12/29

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 1038814419

Nombre HOVER EMILIO MARTINEZ RIVERA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500870670(3900)00000000308000(96)20251229

VALOR BASE	$ 7.000.000
VALOR TOTAL CONTRATO	$ 14.000.000
VALOR ORDEN DE PAGO	$ 7.000.000
FECHA CONTRATO	23/10/2025
NRO. CONTRATO	4358
NUMERO ORDEN DE PAGO	2

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500870670

Trámite CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Con destino a: Alcaldía de Barrancabermeja

Tipo de Doc. CC
Nombre: HOVER EMILIO MARTINEZ RIVERA
Dirección:
Número: 1038814419
Teléfono:

VALOR BASE	$ 7.000.000
VALOR TOTAL CONTRATO	$ 14.000.000
VALOR ORDEN DE PAGO	$ 7.000.000
FECHA CONTRATO	23/10/2025
NRO. CONTRATO	4358

PRO HOSPITAL	$ 140.000
PRO UIS	$ 140.000
Total Estampillas	**$ 280.000**
Ordenanza 012	$ 28.000
Total a Pagar	**$ 308.000**

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500870670

Trámite CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Con destino a: Alcaldía de Barrancabermeja

VALOR BASE	$ 7.000.000
VALOR TOTAL CONTRATO	$ 14.000.000
VALOR ORDEN DE PAGO	$ 7.000.000
FECHA CONTRATO	23/10/2025
NRO. CONTRATO	4358

PRO HOSPITAL	$ 140.000
PRO UIS	$ 140.000
Total Estampillas	**$ 280.000**
Ordenanza 012	$ 28.000
Total a Pagar	**$ 308.000**

Fecha de Expedición 2025/12/23 **Fecha Limite de Pago** 2025/12/29

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500870670

Trámite CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Con destino a: Alcaldía de Barrancabermeja

PRO HOSPITAL	$ 140.000
PRO UIS	$ 140.000
Total Estampillas	**$ 280.000**
Ordenanza 012	$ 28.000
Total a Pagar	**$ 308.000**

Contribuyente Tipo de Doc. CC Número 1038814419

Nombre HOVER EMILIO MARTINEZ RIVERA
Dirección Teléfono
Municipio Departamento

(415)8902012356005(8020)02502500870670(3900)00000000280000(96)20251229

VALOR BASE	$ 7.000.000
VALOR TOTAL CONTRATO	$ 14.000.000
VALOR ORDEN DE PAGO	$ 7.000.000
FECHA CONTRATO	23/10/2025
NRO. CONTRATO	4358

Fecha de Expedición 2025/12/23
Fecha Limite de Pago 2025/12/29

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500870670

Con ribuyen e Tipo de Doc. CC Número 1038814419

Nombre HOVER EMILIO MARTINEZ RIVERA
Dirección Teléfono
Municipio Departamento

(415)8902012356005(8020)02502500870670(3900)00000000280000(96)20251229

(415)8902012356006(8020)02502500870670(3900)00000000028000(96)20251229

Trámite CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Con destino a: Alcaldía de Barrancabermeja

Fecha de Expedición 2025/12/23

Total a Pagar $ 308.000

PRO HOSPITAL	$ 140.000
PRO UIS	$ 140.000
Total Estampillas	**$ 280.000**
Ordenanza 012	$ 28.000

Pagado Electrónicamente