



Fecha de Expedición 2025/12/29

Recibo N° 8352500290849

Contribuyente

Trámite		CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS PERSONA NATURAL	
PRO HOSPITAL		\$25.500	
<b>Total</b>		<b>\$25.500</b>	\$00
<b>Total a Pagar</b>		<b>\$25.500</b>	

Con destino a: Alcaldía de Córdoba

Contribuyente	
Tipo de Doc. C.C.	
Número	4403743
Nombre	CARLOS ABEL LINCE VALENZUELA
Teléfono	



(415)0000000024605(8020)08352500290849(3900)0000000025500(96)20251231

VALOR TOTAL CONTRATO	7.273.000
FECHA CONTRATO	08/09/2025
VALOR ORDEN DE PAGO	1.273.000
NUMERO ORDEN DE PAGO	4
VALOR BASE	1.273.000
NRO. CONTRATO	146

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



Recibo N° 8352500290849

Fecha de Expedición 2025/12/29

SopORTE trámite

Trámite		CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS PERSONA NATURAL	
PRO HOSPITAL		\$25.500	
<b>Total</b>		<b>\$25.500</b>	\$00
<b>Total a Pagar</b>		<b>\$25.500</b>	

Con destino a: Alcaldía de Córdoba

Contribuyente	
Tipo de Doc. C.C.	
Número	4403743
Nombre	CARLOS ABEL LINCE VALENZUELA
Teléfono	



(415)0000000024605(8020)08352500290849(3900)0000000025500(96)20251231

VALOR TOTAL CONTRATO	7.273.000
FECHA CONTRATO	08/09/2025
VALOR ORDEN DE PAGO	1.273.000
NUMERO ORDEN DE PAGO	4
VALOR BASE	1.273.000
NRO. CONTRATO	146

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



Recibo N° 8352500290849

Fecha de Expedición 2025/12/29

SopORTE Entidad

Trámite		CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS PERSONA NATURAL	
PRO HOSPITAL		\$25.500	
<b>Total</b>		<b>\$25.500</b>	\$00
<b>Total a Pagar</b>		<b>\$25.500</b>	

Con destino a: Alcaldía de Córdoba

Contribuyente	
Tipo de Doc. C.C.	
Número	4403743
Nombre	CARLOS ABEL LINCE VALENZUELA
Teléfono	



(415)0000000024605(8020)08352500290849(3900)0000000025500(96)20251231

VALOR TOTAL CONTRATO	7.273.000
FECHA CONTRATO	08/09/2025
VALOR ORDEN DE PAGO	1.273.000
NUMERO ORDEN DE PAGO	4
VALOR BASE	1.273.000
NRO. CONTRATO	146

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