



Fecha de Expedición 2025/12/30

Recibo Nº 8352500292956

Contribuyente

Trámite		CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS PERSONA NATURAL	
PRO HOSPITAL		\$60.000	
Total		\$60.000	\$00
Total a Pagar		\$60.000	

Con destino a: Municipio de Armenia

Contribuyente	
Tipo de Doc. C.C.	
Número	89004596
Nombre	JAIME ALBERTO CASTRO SALAZAR
Teléfono	



(415)0000000024605(8020)08352500292956(3900)0000000060000(96)20251231

VALOR TOTAL CONTRATO	13.500.000
FECHA CONTRATO	03/04/2025
VALOR ORDEN DE PAGO	3.000.000
NUMERO ORDEN DE PAGO	4
VALOR BASE	3.000.000
NRO. CONTRATO	1510

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



Recibo Nº 8352500292956

Fecha de Expedición 2025/12/30

SopORTE trámite

Trámite		CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS PERSONA NATURAL	
PRO HOSPITAL		\$60.000	
Total		\$60.000	\$00
Total a Pagar		\$60.000	

Con destino a: Municipio de Armenia

Contribuyente	
Tipo de Doc. C.C.	
Número	89004596
Nombre	JAIME ALBERTO CASTRO SALAZAR
Teléfono	



(415)0000000024605(8020)08352500292956(3900)0000000060000(96)20251231

VALOR TOTAL CONTRATO	13.500.000
FECHA CONTRATO	03/04/2025
VALOR ORDEN DE PAGO	3.000.000
NUMERO ORDEN DE PAGO	4
VALOR BASE	3.000.000
NRO. CONTRATO	1510

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



Recibo Nº 8352500292956

Fecha de Expedición 2025/12/30

SopORTE Entidad

Trámite		CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS PERSONA NATURAL	
PRO HOSPITAL		\$60.000	
Total		\$60.000	\$00
Total a Pagar		\$60.000	

Con destino a: Municipio de Armenia

Contribuyente	
Tipo de Doc. C.C.	
Número	89004596
Nombre	JAIME ALBERTO CASTRO SALAZAR
Teléfono	



(415)0000000024605(8020)08352500292956(3900)0000000060000(96)20251231

VALOR TOTAL CONTRATO	13.500.000
FECHA CONTRATO	03/04/2025
VALOR ORDEN DE PAGO	3.000.000
NUMERO ORDEN DE PAGO	4
VALOR BASE	3.000.000
NRO. CONTRATO	1510

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