



Fecha de Expedición 2026/04/15


Recibo N° 8352600151441

Contribuyente

Trámite		CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS PERSONA JURIDICA	
PRO HOSPITAL		\$42.000	
<b>Total</b>		<b>\$42.000</b>	\$00
<b>Total a Pagar</b>		<b>\$42.000</b>	

Con destino a: Alcaldía de La Tebaida

Contribuyente	
Tipo de Doc.	N.I.
Número	9006206960
Nombre	INSTITUTO COLOMBIANO DE CERTIFICACION SAS
Teléfono	



(415)0000000024605(8020)08352600151441(3900)0000000042000(96)20261231

VALOR TOTAL CONTRATO	2.500.000
FECHA CONTRATO	04/12/2025
VALOR ORDEN DE PAGO	2.500.000
NUMERO ORDEN DE PAGO	FE3713
VALOR BASE	2.100.840
NRO. CONTRATO	725

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



Recibo N° 8352600151441

Fecha de Expedición 2026/04/15

SopORTE trámite

Trámite		CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS PERSONA JURIDICA	
PRO HOSPITAL		\$42.000	
<b>Total</b>		<b>\$42.000</b>	\$00
<b>Total a Pagar</b>		<b>\$42.000</b>	

Con destino a: Alcaldía de La Tebaida

Contribuyente	
Tipo de Doc.	N.I.
Número	9006206960
Nombre	INSTITUTO COLOMBIANO DE CERTIFICACION SAS
Teléfono	



(415)0000000024605(8020)08352600151441(3900)0000000042000(96)20261231

VALOR TOTAL CONTRATO	2.500.000
FECHA CONTRATO	04/12/2025
VALOR ORDEN DE PAGO	2.500.000
NUMERO ORDEN DE PAGO	FE3713
VALOR BASE	2.100.840
NRO. CONTRATO	725

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



Recibo N° 8352600151441

Fecha de Expedición 2026/04/15

SopORTE Entidad

Trámite		CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS PERSONA JURIDICA	
PRO HOSPITAL		\$42.000	
<b>Total</b>		<b>\$42.000</b>	\$00
<b>Total a Pagar</b>		<b>\$42.000</b>	

Con destino a: Alcaldía de La Tebaida

Contribuyente	
Tipo de Doc.	N.I.
Número	9006206960
Nombre	INSTITUTO COLOMBIANO DE CERTIFICACION SAS
Teléfono	



(415)0000000024605(8020)08352600151441(3900)0000000042000(96)20261231

VALOR TOTAL CONTRATO	2.500.000
FECHA CONTRATO	04/12/2025
VALOR ORDEN DE PAGO	2.500.000
NUMERO ORDEN DE PAGO	FE3713
VALOR BASE	2.100.840
NRO. CONTRATO	725

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