Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502600534909

Contribuyente

Trámite CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

PRO HOSPITAL	$ 60.000

Total a Pagar **$ 60.000**

Fecha de Expedición 2026/08/21 **Fecha Limite de Pago** 2026/08/27

Con destino a: **Colegio Metropolitano del Sur**

Contribuyente **Tipo de Doc.** NIT **Número** 8605246546

Nombre ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA

Dirección **Teléfono**

Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502600534909(3900)00000000060000(96)20260827

VALOR BASE	$ 3.001.891
VALOR TOTAL CONTRATO	$ 3.001.891
VALOR ORDEN DE PAGO	$ 3.001.891
FECHA CONTRATO	14/08/2026
NRO. CONTRATO	09
NUMERO ORDEN DE PAGO	1

Pagado Electrónicamente

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502600534909

Trámite CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Con destino a: **Colegio Metropolitano del Sur**

Tipo de Doc. NIT
Nombre: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA
Dirección:

Número: 8605246546
Teléfono:

VALOR BASE	$ 3.001.891
VALOR TOTAL CONTRATO	$ 3.001.891
VALOR ORDEN DE PAGO	$ 3.001.891
FECHA CONTRATO	14/08/2026
NRO. CONTRATO	09

PRO HOSPITAL	$ 60.000

Total a Pagar **$ 60.000**

¡ LE INVITAMOS A REGISTRARSE !
RUCD – REGISTRO ÚNICO DE CONTRIBUYENTES DEPARTAMENTAL
Gestione fácilmente sus obligaciones y participe en la construcción del Departamento que todos queremos.

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502600534909

Trámite CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Con destino a: **Colegio Metropolitano del Sur**

PRO HOSPITAL	$ 60.000

Total a Pagar **$ 60.000**

Contribuyente **Tipo de Doc.** NIT **Número** 8605246546

Nombre ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA

Dirección **Teléfono**

Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600534909(3900)00000000060000(96)20260827

VALOR BASE	$ 3.001.891
VALOR TOTAL CONTRATO	$ 3.001.891
VALOR ORDEN DE PAGO	$ 3.001.891
FECHA CONTRATO	14/08/2026
NRO. CONTRATO	09

Fecha de Expedición 2026/08/21
Fecha Limite de Pago 2026/08/27

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502600534909

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** NIT **Número** 8605246546

Nombre ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA

Dirección **Teléfono**

Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600534909(3900)00000000060000(96)20260827

Trámite CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Con destino a: **Colegio Metropolitano del Sur**

Fecha de Expedición 2026/08/21

Total a Pagar **$ 60.000**

PRO HOSPITAL	$ 60.000

Total Estampillas **$ 60.000**