REPÚBLICA DE COLOMBIA - REPÚBLICA DE COLOMBIA - REPÚBLICA DE COLOMBIA - REPÚBLICA DE COLOMBIA - REPÚBLICA DE COLOMBIA

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Libertad y Orden

Recibo Nº
2502400287656

Contribuyente

Trámite CONTRATO DE SUMINISTROS

PRO HOSPITAL	$236.800
PRO UIS	$236.800
Total	**$473.600**
Ordenanza 012	$47.360
Total a Pagar	**$520.960**

Fecha de Expedición 2024/06/12 **Fecha Limite de Pago** 2024/06/18

Con destino a: **Alcaldía de Contratación**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 52556570

Nombre AIDA YAMILE PLATA ARIZA

Dirección **Teléfono**

Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502400287656(3900)00000000520960(96)20240618

NRO. CONTRATO	033
VALOR BASE	11.841.928
VALOR ORDEN DE PAGO	11.841.928
VALOR TOTAL CONTRATO	12.000.000
NUMERO ORDEN DE PAGO	PAGO 1
FECHA CONTRATO	22/05/2024

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502400287656

Trámite CONTRATO DE SUMINISTROS

Con destino a: Alcaldía de Contratación

Tipo de Doc. C.C. Número: 52556570
Nombre: AIDA YAMILE PLATA ARIZA
Dirección: Teléfono:

NRO. CONTRATO 033
VALOR BASE 11.841.928
VALOR ORDEN DE PAGO 11.841.928
VALOR TOTAL CONTRATO 12.000.000
NUMERO ORDEN DE PAGO PAGO 1
FECHA CONTRATO 22/05/2024

PRO HOSPITAL $236.800
PRO UIS $236.800
Total $473.600
Ordenanza 012 $47.360
Total a Pagar $520.960

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502400287656

Trámite CONTRATO DE SUMINISTROS

Con destino a: Alcaldía de Contratación

Total a Pagar $520.960

Fecha de Expedición 2024/06/12 Fecha Limite de Pago 2024/06/18

NRO. CONTRATO 033
VALOR BASE 11.841.928
VALOR ORDEN DE PAGO 11.841.928
VALOR TOTAL CONTRATO 12.000.000
NUMERO ORDEN DE PAGO PAGO 1
FECHA CONTRATO 22/05/2024

PRO HOSPITAL $236.800
PRO UIS $236.800
Total $473.600
Ordenanza 012 $47.360

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502400287656

Trámite CONTRATO DE SUMINISTROS

Con destino a: Alcaldía de Contratación

PRO HOSPITAL $236.800
PRO UIS $236.800
Total $473.600
Ordenanza 012 $47.360
Total a Pagar $520.960

Contribuyente Tipo de Doc. C.C. Número 52556570
Nombre AIDA YAMILE PLATA ARIZA
Dirección Teléfono
Municipio Departamento

(415)8902012356005(8020)02502400287656(3900)00000000473600(96)20240618

Fecha de Expedición 2024/06/12
Fecha Limite de Pago 2024/06/18

NRO. CONTRATO 033
VALOR BASE 11.841.928
VALOR ORDEN DE PAGO 11.841.928
VALOR TOTAL CONTRATO 12.000.000
NUMERO ORDEN DE PAGO PAGO 1
FECHA CONTRATO 22/05/2024

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502400287656

Con ribuyen e Tipo de Doc. C.C. Número 52556570
Nombre AIDA YAMILE PLATA ARIZA
Dirección Teléfono
Municipio Departamento

Trámite CONTRATO DE SUMINISTROS

Con destino a: Alcaldía de Contratación

Fecha de Expedición 2024/06/12

Total a Pagar $520.960

(415)8902012356005(8020)02502400287656(3900)00000000473600(96)20240618

(415)8902012356006(8020)02502400287656(3900)00000000047360(96)20240618

PRO HOSPITAL $236.800
PRO UIS $236.800

BP G. 11048001150-1

BP SYC. 22048012843-8

Total $473.600
Ordenanza 012 $47.360



Banco Agrario de Colombia
NIT. 800.037.800-8

13/6/2024 9:55:58 Cajero: cesgalan

Oficina: 6041-CONTRATACION
Terminal: 10.0.5.1 Operación: 491216136

Transacción: RECAUDO DE CONVENIOS	
Valor:	$47,360.00
Costo de la transacción:	$0.00
Iva del costo:	$0.00
GMF del costo:	$0.00

Medio de Pago: EFECTIVO
Convenio: 21239 SISTEMAS Y COMPUTADORES ORDENANZA 012/2005 - RCB
Ref 1: 02502400287656

Antes de retirarse de la ventanilla por favor verifique que la transacci¾n solicitada se registr¾ correctamente en el comprobante. Si no est0 de acuerdo inf¾rmele al cajero para que la corrija. Cualquier inquietud comun¶quese en Bogot0 al 5948500 resto de



Banco Agrario de Colombia
NIT. 800.037.800-8

13/6/2024 9:55:49 Cajero: cesgalan

Oficina: 6041-CONTRATACION
Terminal: 10.0.5.1 Operación: 491216047

Transacción: RECAUDO DE CONVENIOS

Valor:	$473,600.00
Costo de la transacción:	$0.00
Iva del costo:	$0.00
GMF del costo:	$0.00

Medio de Pago: EFECTIVO
Convenio: 21240 TGD ESTAMPILLAS DEPARTAMENTALES - RCB
Ref 1: 02502400287656

Antes de retirarse de la ventanilla por favor verifique que la transacci¾n solicitada se registr¾ correctamente en el comprobante. Si no estß de acuerdo inf¾rmele al cajero para que la corrija. Cualquier inquietud comunÝquese en Bogotß al 5948500 resto de