GOBIERNO DEL **QUINDÍO** | **Recaudo de Estampillas**
RECIBO OFICIAL DE PAGO ELECTRÓNICO

Fecha de Expedición 2025/06/11 **Fecha Limite de Pago** 2025/06/17 **Recibo Nº** **8352500086551**

Trámite CONVENIO DE ASOCIACION

PRO HOSPITAL	$ 459.200

Total a Pagar **$ 459.200**

Con destino a: **Alcaldía de La Tebaida**

Contribuyente
Tipo de Doc. NIT
Número 9003052216
Nombre FUNDACION TIZU
Teléfono

(415)0000000024605(8020)08352500086551(3900)00000000459200(96)20250617

VALOR BASE	$ 22.958.000
VALOR ORDEN DE PAGO	$ 22.958.000
NUMERO ORDEN DE PAGO	1
VALOR TOTAL CONVENIO	$ 243.800.000
FECHA CONVENIO	28/03/2025

Contribuyente

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

GOBIERNO DEL **QUINDÍO** | **Recaudo de Estampillas**

Recibo Nº **8352500086551**
Fecha de Expedición 2025/06/11 **Fecha Limite de Pago** 2025/06/17

Trámite CONVENIO DE ASOCIACION

PRO HOSPITAL	$ 459.200

Total a Pagar **$ 459.200**

Con destino a: **Alcaldía de La Tebaida**

Contribuyente
Tipo de Doc. NIT
Número 9003052216
Nombre FUNDACION TIZU
Teléfono

(415)0000000024605(8020)08352500086551(3900)00000000459200(96)20250617

VALOR BASE	$ 22.958.000
VALOR ORDEN DE PAGO	$ 22.958.000
NUMERO ORDEN DE PAGO	1
VALOR TOTAL CONVENIO	$ 243.800.000
FECHA CONVENIO	28/03/2025

Soporte trámite

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

GOBIERNO DEL **QUINDÍO** | **Recaudo de Estampillas**

Recibo Nº **8352500086551**
Fecha de Expedición 2025/06/11 **Fecha Limite de Pago** 2025/06/17

Trámite CONVENIO DE ASOCIACION

PRO HOSPITAL	$ 459.200

Total a Pagar **$ 459.200**

Con destino a: **Alcaldía de La Tebaida**

Contribuyente
Tipo de Doc. NIT
Número 9003052216
Nombre FUNDACION TIZU
Teléfono

(415)0000000024605(8020)08352500086551(3900)00000000459200(96)20250617

VALOR BASE	$ 22.958.000
VALOR ORDEN DE PAGO	$ 22.958.000
NUMERO ORDEN DE PAGO	1
VALOR TOTAL CONVENIO	$ 243.800.000
FECHA CONVENIO	28/03/2025

Soporte Entidad

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