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

Fecha de Expedición 2025/12/22

Recibo Nº **8352500286979**

Trámite CONTRATO DE SUMINISTROS

PRO HOSPITAL	$30.300
Total	**$30.300**
	$00
Total a Pagar	**$30.300**

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

Contribuyente

Tipo de Doc. C.C.
Número 10026534
Nombre GLATENFERD ESCOBAR RAMIREZ
Teléfono

(415)0000000024465(8020)08352500286979(3900)00000000030300(96)20251231

VALOR TOTAL CONTRATO	1.800.000
FECHA CONTRATO	27/08/2025
VALOR ORDEN DE PAGO	1.800.000
NUMERO ORDEN DE PAGO	FEL650
VALOR BASE	1.512.605
NRO. CONTRATO	003

Contribuyente

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

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

Recibo Nº **8352500286979**

Fecha de Expedición 2025/12/22

Trámite CONTRATO DE SUMINISTROS

PRO HOSPITAL	$30.300
Total	**$30.300**
	$00
Total a Pagar	**$30.300**

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

Contribuyente

Tipo de Doc. C.C.
Número 10026534
Nombre GLATENFERD ESCOBAR RAMIREZ
Teléfono

(415)0000000024465(8020)08352500286979(3900)00000000030300(96)20251231

VALOR TOTAL CONTRATO	1.800.000
FECHA CONTRATO	27/08/2025
VALOR ORDEN DE PAGO	1.800.000
NUMERO ORDEN DE PAGO	FEL650
VALOR BASE	1.512.605
NRO. CONTRATO	003

Soporte trámite

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

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

Recibo Nº **8352500286979**

Fecha de Expedición 2025/12/22

Trámite CONTRATO DE SUMINISTROS

PRO HOSPITAL	$30.300
Total	**$30.300**
	$00
Total a Pagar	**$30.300**

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

Contribuyente

Tipo de Doc. C.C.
Número 10026534
Nombre GLATENFERD ESCOBAR RAMIREZ
Teléfono

(415)0000000024465(8020)08352500286979(3900)00000000030300(96)20251231

VALOR TOTAL CONTRATO	1.800.000
FECHA CONTRATO	27/08/2025
VALOR ORDEN DE PAGO	1.800.000
NUMERO ORDEN DE PAGO	FEL650
VALOR BASE	1.512.605
NRO. CONTRATO	003

Soporte Entidad

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