Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502600197732

Contribuyente

Trámite CONTRATOS DE SUMINISTROS

PRO HOSPITAL	$ 120.000
PRO UIS	$ 120.000
Total Estampillas	**$ 240.000**
Ordenanza 012	$ 24.000
Total a Pagar	**$ 264.000**

Fecha de Expedición 2026/03/19 **Fecha Limite de Pago** 2026/03/20

Con destino a: **Alcaldía de Concepción**

Contribuyente **Tipo de Doc.** NIT **Número** 9015693378

Nombre FUNDACION MANO AMIGA DEL MILENIUM

Dirección **Teléfono**

Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502600197732(3900)00000000264000(96)20260320

VALOR BASE	$ 6.000.000
VALOR TOTAL CONTRATO	$ 6.000.000
VALOR ORDEN DE PAGO	$ 6.000.000
FECHA CONTRATO	24/02/2026
NRO. CONTRATO	003
NUMERO ORDEN DE PAGO	FUND21

Pagado Electrónicamente

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502600197732

Trámite CONTRATOS DE SUMINISTROS

Con destino a: **Alcaldía de Concepción**

Tipo de Doc. NIT Número: 9015693378
Nombre: FUNDACION MANO AMIGA DEL MILENIUM
Dirección: Teléfono:

VALOR BASE	$ 6.000.000
VALOR TOTAL CONTRATO	$ 6.000.000
VALOR ORDEN DE PAGO	$ 6.000.000
FECHA CONTRATO	24/02/2026
NRO. CONTRATO	003

PRO HOSPITAL	$ 120.000
PRO UIS	$ 120.000
Total Estampillas	**$ 240.000**
Ordenanza 012	$ 24.000
Total a Pagar	**$ 264.000**

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502600197732

Trámite CONTRATOS DE SUMINISTROS

Con destino a: **Alcaldía de Concepción**

Total a Pagar	**$ 264.000**

Fecha de Expedición 2026/03/19 **Fecha Limite de Pago** 2026/03/20

VALOR BASE	$ 6.000.000
VALOR TOTAL CONTRATO	$ 6.000.000
VALOR ORDEN DE PAGO	$ 6.000.000
FECHA CONTRATO	24/02/2026
NRO. CONTRATO	003

PRO HOSPITAL	$ 120.000
PRO UIS	$ 120.000
Total Estampillas	**$ 240.000**
Ordenanza 012	$ 24.000

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502600197732

Trámite CONTRATOS DE SUMINISTROS

Con destino a: **Alcaldía de Concepción**

PRO HOSPITAL	$ 120.000
PRO UIS	$ 120.000
Total Estampillas	**$ 240.000**
Ordenanza 012	$ 24.000
Total a Pagar	**$ 264.000**

Contribuyente **Tipo de Doc.** NIT **Número** 9015693378

Nombre FUNDACION MANO AMIGA DEL MILENIUM

Dirección **Teléfono**

Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600197732(3900)00000000240000(96)20260320

Fecha de Expedición 2026/03/19
Fecha Limite de Pago 2026/03/20

VALOR BASE	$ 6.000.000
VALOR TOTAL CONTRATO	$ 6.000.000
VALOR ORDEN DE PAGO	$ 6.000.000
FECHA CONTRATO	24/02/2026
NRO. CONTRATO	003

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502600197732

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** NIT **Número** 9015693378

Nombre FUNDACION MANO AMIGA DEL MILENIUM

Dirección **Teléfono**

Municipio **Departamento**

Trámite CONTRATOS DE SUMINISTROS

Con destino a: **Alcaldía de Concepción**

Fecha de Expedición 2026/03/19

Total a Pagar	**$ 264.000**

(415)8902012356005(8020)02502600197732(3900)00000000240000(96)20260320

(415)8902012356006(8020)02502600197732(3900)00000000024000(96)20260320

PRO HOSPITAL	$ 120.000
PRO UIS	$ 120.000
Total Estampillas	**$ 240.000**
Ordenanza 012	$ 24.000