Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502600184394

Contribuyente

Trámite CONTRATOS DE SUMINISTROS

PRO HOSPITAL	$ 150.100
PRO UIS	$ 150.100
Total Estampillas	**$ 300.200**
Ordenanza 012	$ 30.020
Total a Pagar	**$ 330.220**

Fecha de Expedición 2026/03/13 **Fecha Limite de Pago** 2026/03/16

Con destino a: **Alcaldía de San Vicente De Chucurí**

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 91042062

Nombre CARLOS ARTURO LIZARAZO NONSABA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502600184394(3900)00000000330220(96)20260316

VALOR BASE	$ 7.505.100
VALOR TOTAL CONTRATO	$ 48.000.000
VALOR ORDEN DE PAGO	$ 8.931.069
FECHA CONTRATO	24/02/2026
NRO. CONTRATO	191
NUMERO ORDEN DE PAGO	FEC25761

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502600184394

Trámite CONTRATOS DE SUMINISTROS

Con destino a: **Alcaldía de San Vicente De Chucurí**

Tipo de Doc. CC
Nombre: CARLOS ARTURO LIZARAZO NONSABA
Dirección:
Número: 91042062
Teléfono:

VALOR BASE	$ 7.505.100
VALOR TOTAL CONTRATO	$ 48.000.000
VALOR ORDEN DE PAGO	$ 8.931.069
FECHA CONTRATO	24/02/2026
NRO. CONTRATO	191

PRO HOSPITAL	$ 150.100
PRO UIS	$ 150.100
Total Estampillas	**$ 300.200**
Ordenanza 012	$ 30.020
Total a Pagar	**$ 330.220**

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502600184394

Trámite CONTRATOS DE SUMINISTROS

Con destino a: **Alcaldía de San Vicente De Chucurí**

Total a Pagar **$ 330.220**

Fecha de Expedición 2026/03/13 **Fecha Limite de Pago** 2026/03/16

VALOR BASE	$ 7.505.100
VALOR TOTAL CONTRATO	$ 48.000.000
VALOR ORDEN DE PAGO	$ 8.931.069
FECHA CONTRATO	24/02/2026
NRO. CONTRATO	191

PRO HOSPITAL	$ 150.100
PRO UIS	$ 150.100
Total Estampillas	**$ 300.200**
Ordenanza 012	$ 30.020

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502600184394

Trámite CONTRATOS DE SUMINISTROS

Con destino a: **Alcaldía de San Vicente De Chucurí**

PRO HOSPITAL	$ 150.100
PRO UIS	$ 150.100
Total Estampillas	**$ 300.200**
Ordenanza 012	$ 30.020
Total a Pagar	**$ 330.220**

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 91042062

Nombre CARLOS ARTURO LIZARAZO NONSABA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600184394(3900)00000000300200(96)20260316

Fecha de Expedición 2026/03/13
Fecha Limite de Pago 2026/03/16

VALOR BASE	$ 7.505.100
VALOR TOTAL CONTRATO	$ 48.000.000
VALOR ORDEN DE PAGO	$ 8.931.069
FECHA CONTRATO	24/02/2026
NRO. CONTRATO	191

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502600184394

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 91042062

Nombre CARLOS ARTURO LIZARAZO NONSABA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

Trámite CONTRATOS DE SUMINISTROS

Con destino a: **Alcaldía de San Vicente De Chucurí**

Fecha de Expedición 2026/03/13

Total a Pagar **$ 330.220**

(415)8902012356005(8020)02502600184394(3900)00000000300200(96)20260316

(415)8902012356006(8020)02502600184394(3900)00000000300200(96)20260316

PRO HOSPITAL	$ 150.100
PRO UIS	$ 150.100
Total Estampillas	**$ 300.200**
Ordenanza 012	$ 30.020

Pagado Electrónicamente