

Banco Agrario de Colombia

NIT. 800.037.800-8

5/3/2026 10:16:37 Cajero: doryamja

Oficina: 6039-CONCEPCION (SANTANDER)
Terminal: 10.0.5.1 Operación: 873372537

Transacción: RECAUDO DE CONVENIOS

Valor:	**$6,706,000.00**
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: 02502600163617

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



Banco Agrario de Colombia

NIT. 800.037.800-8

5/3/2026 10:16:13 Cajero: doryamja

Oficina: 6039-CONCEPCION (SANTANDER)
Terminal: 10.0.5.1 Operación: 873371914

Transacción: RECAUDO DE CONVENIOS

Valor:	**$670,600.00**
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: 02502600163617

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

REPUBLICA DE COLOMBIA - REPUBLICA DE COLOMBIA - REPUBLICA DE COLOMBIA - REPUBLICA DE COLOMBIA - REPUBLICA DE COLOMBIA

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Libertad y Orden

Recibo Nº
2502600163617

Trámite CONTRATO DE SUMINISTROS

PRO HOSPITAL	$3.353.000
PRO UIS	$3.353.000
Total	**$6.706.000**
Ordenanza 012	$670.600
Total a Pagar	**$7.376.600**

Fecha de Expedición 2026/03/05 **Fecha Limite de Pago** 2026/03/06

Con destino a: **Alcaldía de Concepción - CONCEPCION**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 13927051
Nombre CRISPIN SANTANDER ORTIZ
Dirección **Teléfono**
Municipio CONCEPCION **Departamento** SANTANDER

(415)7709998038639(8020)02502600163617(3900)00000007376600(96)20260306

VALOR TOTAL CONTRATO	167.648.490
FECHA CONTRATO	30/01/2026
VALOR ORDEN DE PAGO	167.648.490
NUMERO ORDEN DE PAGO	1
VALOR BASE	167.648.490
NRO. CONTRATO	001

Contribuyente

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas **Recibo Nº** **2502600163617**

Trámite CONTRATO DE SUMINISTROS

Con destino a: **Alcaldía de Concepción - CONCEPCION**

Tipo de Doc. C.C. Número: 13927051
Nombre: CRISPIN SANTANDER ORTIZ
Dirección: Teléfono:

VALOR TOTAL CONTRATO	167.648.490
FECHA CONTRATO	30/01/2026
VALOR ORDEN DE PAGO	167.648.490
NUMERO ORDEN DE PAGO	1
VALOR BASE	167.648.490
NRO. CONTRATO	001

PRO HOSPITAL	$3.353.000
PRO UIS	$3.353.000
Total	**$6.706.000**
Ordenanza 012	$670.600
Total a Pagar	**$7.376.600**

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas **Recibo Nº** **2502600163617**

Trámite CONTRATO DE SUMINISTROS

Con destino a: **Alcaldía de Concepción - CONCEPCION**

Total a Pagar **$7.376.600**

Fecha de Expedición 2026/03/05 **Fecha Limite de Pago** 2026/03/06

VALOR TOTAL CONTRATO	167.648.490
FECHA CONTRATO	30/01/2026
VALOR ORDEN DE PAGO	167.648.490
NUMERO ORDEN DE PAGO	1
VALOR BASE	167.648.490
NRO. CONTRATO	001

PRO HOSPITAL	$3.353.000
PRO UIS	$3.353.000
Total	**$6.706.000**
Ordenanza 012	$670.600

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas **Recibo Nº** **2502600163617**

Trámite CONTRATO DE SUMINISTROS

Con destino a: **Alcaldía de Concepción - CONCEPCION**

PRO HOSPITAL	$3.353.000
PRO UIS	$3.353.000
Total	**$6.706.000**
Ordenanza 012	$670.600
Total a Pagar	**$7.376.600**

Fecha de Expedición 2026/03/05 **Fecha Limite de Pago** 2026/03/06

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 13927051
Nombre CRISPIN SANTANDER ORTIZ
Dirección **Teléfono**
Municipio CONCEPCION **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600163617(3900)00000006706000(96)20260306

VALOR TOTAL CONTRATO	167.648.490
FECHA CONTRATO	30/01/2026
VALOR ORDEN DE PAGO	167.648.490
NUMERO ORDEN DE PAGO	1
VALOR BASE	167.648.490
NRO. CONTRATO	001

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas **Recibo Nº** **2502600163617**

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 13927051
Nombre CRISPIN SANTANDER ORTIZ
Dirección **Teléfono**
Municipio CONCEPCION **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600163617(3900)00000006706000(96)20260306

(415)8902012356006(8020)02502600163617(3900)00000000670600(96)20260306

Trámite CONTRATO DE SUMINISTROS

Con destino a: **Alcaldía de Concepción - CONCEPCION**

Fecha de Expedición 2026/03/05

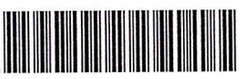
Total a Pagar **$7.376.600**

PRO HOSPITAL	$3.353.000
PRO UIS	$3.353.000
Total	**$6.706.000**
Ordenanza 012	$670.600

BP G. 11048001150-1
BP SYC. 22048012843-8

Banco

RECIBO OBSOLETO V01



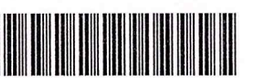
10911166



00048280



10911166



00048280



10911166



00048280



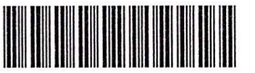
10911166



00048280



10911166



00048280