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

Fecha de Expedición 2026/05/05

Recibo Nº **8352600179913**

Trámite CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS PERSONA NATURAL

PRO HOSPITAL	$46.000
Total	**$46.000**
	$00
Total a Pagar	**$46.000**

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

Contribuyente

Tipo de Doc. C.C.
Número 9808926
Nombre JHON FABER PULIDO CASTRILLON
Teléfono

(415)0000000024605(8020)08352600179913(3900)00000000046000(96)20261231

VALOR TOTAL CONTRATO	9.200.000
FECHA CONTRATO	30/01/2026
VALOR ORDEN DE PAGO	2.300.000
NUMERO ORDEN DE PAGO	3
VALOR BASE	2.300.000
NRO. CONTRATO	277

Contribuyente

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

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

Recibo Nº **8352600179913**

Fecha de Expedición 2026/05/05

Trámite CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONA NATURAL

PRO HOSPITAL	$46.000
Total	**$46.000**
	$00
Total a Pagar	**$46.000**

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

Contribuyente

Tipo de Doc. C.C.
Número 9808926
Nombre JHON FABER PULIDO CASTRILLON
Teléfono

(415)0000000024605(8020)08352600179913(3900)00000000046000(96)20261231

VALOR TOTAL CONTRATO	9.200.000
FECHA CONTRATO	30/01/2026
VALOR ORDEN DE PAGO	2.300.000
NUMERO ORDEN DE PAGO	3
VALOR BASE	2.300.000
NRO. CONTRATO	277

Soporte trámite

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

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

Recibo Nº **8352600179913**

Fecha de Expedición 2026/05/05

Trámite CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS PERSONA NATURAL

PRO HOSPITAL	$46.000
Total	**$46.000**
	$00
Total a Pagar	**$46.000**

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

Contribuyente

Tipo de Doc. C.C.
Número 9808926
Nombre JHON FABER PULIDO CASTRILLON
Teléfono

(415)0000000024605(8020)08352600179913(3900)00000000046000(96)20261231

VALOR TOTAL CONTRATO	9.200.000
FECHA CONTRATO	30/01/2026
VALOR ORDEN DE PAGO	2.300.000
NUMERO ORDEN DE PAGO	3
VALOR BASE	2.300.000
NRO. CONTRATO	277

Soporte Entidad

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