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

Fecha de Expedición 2026/04/09

Recibo Nº **8352600141743**

Contribuyente

Trámite VIATICOS

PRO DESARROLLO	$30.800
PRO HOSPITAL	$30.800
Total	**$61.600**
	$00
Total a Pagar	**$61.600**

Con destino a: **Gobernación de Quindío**

Contribuyente

Tipo de Doc. C.C.
Número 89006347
Nombre JUAN MIGUEL GALVIS BEDOYA
Teléfono

(415)0000000024605(8020)08352600141743(3900)00000000061600(96)20261231

VALOR TOTAL CONTRATO	1.540.000
FECHA CONTRATO	02/03/2026
VALOR ORDEN DE PAGO	1.540.000
NUMERO ORDEN DE PAGO	1
VALOR BASE	1.540.000
NRO. CONTRATO	01375

Contribuyente

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

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

Recibo Nº **8352600141743**

Fecha de Expedición 2026/04/09

Trámite VIÁTICOS

PRO DESARROLLO	$30.800
PRO HOSPITAL	$30.800
Total	**$61.600**
	$00
Total a Pagar	**$61.600**

Con destino a: **Gobernación de Quindío**

Contribuyente

Tipo de Doc. C.C.
Número 89006347
Nombre JUAN MIGUEL GALVIS BEDOYA
Teléfono

(415)0000000024605(8020)08352600141743(3900)00000000061600(96)20261231

VALOR TOTAL CONTRATO	1.540.000
FECHA CONTRATO	02/03/2026
VALOR ORDEN DE PAGO	1.540.000
NUMERO ORDEN DE PAGO	1
VALOR BASE	1.540.000
NRO. CONTRATO	01375

Soporte trámite

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

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

Recibo Nº **8352600141743**

Fecha de Expedición 2026/04/09

Trámite VIATICOS

PRO DESARROLLO	$30.800
PRO HOSPITAL	$30.800
Total	**$61.600**
	$00
Total a Pagar	**$61.600**

Con destino a: **Gobernación de Quindío**

Contribuyente

Tipo de Doc. C.C.
Número 89006347
Nombre JUAN MIGUEL GALVIS BEDOYA
Teléfono

(415)0000000024605(8020)08352600141743(3900)00000000061600(96)20261231

VALOR TOTAL CONTRATO	1.540.000
FECHA CONTRATO	02/03/2026
VALOR ORDEN DE PAGO	1.540.000
NUMERO ORDEN DE PAGO	1
VALOR BASE	1.540.000
NRO. CONTRATO	01375

Soporte Entidad

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