# Recaudo de Estampillas

**Gobernación de Santander**
**Secretaría de Hacienda**

**Recibo Nº**
**2502600316404**

Contribuyente

**Trámite** CONTRATOS DE SUMINISTROS

| | |
|---|---|
| PRO HOSPITAL | $ 136.800 |
| PRO UIS | $ 136.800 |

**Total a Pagar** $ 273.600

**Fecha de Expedición** 2026/05/08 **Fecha Limite de Pago** 2026/05/14

Con destino a: Instituto Rafael Pombo

**Contribuyente** **Tipo de Doc.** NIT **Número** 8605246546

**Nombre** ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA

**Dirección** **Teléfono**

**Municipio** **Departamento**

(415)7709998038639(8020)025026003164O4(3900)0000000273600(96)20260514

| | |
|---|---|
| VALOR BASE | $ 6.840.110 |
| VALOR TOTAL CONTRATO | $ 8.139.729 |
| VALOR ORDEN DE PAGO | $ 8.139.730 |
| FECHA CONTRATO | 29/04/2026 |
| NRO. CONTRATO | 03 |
| NUMERO ORDEN DE PAGO | 1 |

---

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

**Recaudo de Estampillas** **Recibo Nº** **2502600316404**

**Trámite** CONTRATOS DE SUMINISTROS

Con destino a: Instituto Rafael Pombo

Tipo de Doc. NIT Número: 8605246546
Nombre: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAI
Dirección: Teléfono:

| | |
|---|---|
| VALOR BASE | $ 6.840.110 |
| VALOR TOTAL CONTRATO | $ 8.139.729 |
| VALOR ORDEN DE PAGO | $ 8.139.730 |
| FECHA CONTRATO | 29/04/2026 |
| NRO. CONTRATO | 03 |

| | |
|---|---|
| PRO HOSPITAL | $ 136.800 |
| PRO UIS | $ 136.800 |

**Total a Pagar** $ 273.600

---

**¡ LE INVITAMOS A REGISTRARSE !**
RUCD – REGISTRO ÚNICO DE CONTRIBUYENTES DEPARTAMENTAL
Gestione fácilmente sus obligaciones y participe en la construcción del Departamento que todos queremos.

---

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

**Recaudo de Estampillas** **Recibo Nº** **2502600316404**

**Trámite** CONTRATOS DE SUMINISTROS

Con destino a: Instituto Rafael Pombo

| | |
|---|---|
| PRO HOSPITAL | $ 136.800 |
| PRO UIS | $ 136.800 |

**Total a Pagar** $ 273.600

**Contribuyente** **Tipo de Doc.** NIT **Número** 8605246546

**Nombre** ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA

**Dirección** **Teléfono**

**Municipio** **Departamento**

(415)8902012356005(8020)025026003164O4(3900)0000000273600(96)20260514

| | |
|---|---|
| VALOR BASE | $ 6.840.110 |
| VALOR TOTAL CONTRATO | $ 8.139.729 |
| VALOR ORDEN DE PAGO | $ 8.139.730 |
| FECHA CONTRATO | 29/04/2026 |
| NRO. CONTRATO | 03 |

**Fecha de Expedición** 2026/05/08
**Fecha Limite de Pago** 2026/05/14

---

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

**Recaudo de Estampillas** **Recibo Nº** **2502600316404**

**Contribuyente** **Tipo de Doc.** NIT **Número** 8605246546

**Nombre** ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA

**Dirección** **Teléfono**

**Municipio** **Departamento**

(415)8902012356005(8020)025026003164O4(3900)0000000273600(96)20260514

**Trámite** CONTRATOS DE SUMINISTROS

Con destino a: Instituto Rafael Pombo

**Fecha de Expedición** 2026/05/08

**Total a Pagar** $ 273.600

| | |
|---|---|
| PRO HOSPITAL | $ 136.800 |
| PRO UIS | $ 136.800 |

**Total Estampillas** $ 273.600