# Recaudo de Estampillas

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

**Recibo Nº**
**2502100222639**

Contribuyente

**Trámite** CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

| | |
|---|---|
| PRO HOSPITAL | $3.000 |
| **Total** | **$3.000** |
| Ordenanza 012 | $300 |
| **Total a Pagar** | **$3.300** |

**Contribuyente** **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1098739686
**Nombre** MARIA PAULA TAMAYO URIBE
**Dirección** **Teléfono**
**Municipio** BUCARAMANGA **Departamento** SANTANDER

(415)7709998038639(8020)02502100222639(3900)00000000003300(96)20210602

*1002852471*
*1688409614*

**Fecha de Expedición** 27/05/2021 12:18:40 p. m. **Fecha Limite de Pago** 2021/06/02

Con destino a: **Alcaldía de Bucaramanga - BUCARAMANGA**

---

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

**Recaudo de Estampillas**

**Recibo Nº**
**2502100222639**

*1002852471*
*1688409614*

**Trámite** CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Bucaramanga - BUCARAMANGA**

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: MARIA PAULA TAMAYO URIBE
Dirección:
Número: 1098739686
Teléfono:

| | |
|---|---|
| PRO HOSPITAL | $3.000 |
| **Total** | **$3.000** |
| Ordenanza 012 | $300 |
| **Total a Pagar** | **$3.300** |

---

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

**Recaudo de Estampillas**

**Recibo Nº**
**2502100222639**

**Trámite** CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Bucaramanga - BUCARAMANGA**

**Total a Pagar** **$3.300**

**Fecha de Expedición** 27/05/2021 12:18:40 p. n **Fecha Limite de Pago** 2021/06/02

PRO HOSPITAL $3.000

**Total** **$3.000**
Ordenanza 012 $300

---

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

**Recaudo de Estampillas**

**Recibo Nº**
**2502100222639**

**Trámite** CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Bucaramanga - BUCARAMANGA**

| | |
|---|---|
| PRO HOSPITAL | $3.000 |
| **Total** | **$3.000** |
| Ordenanza 012 | $300 |
| **Total a Pagar** | **$3.300** |

**Contribuyente** **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1098739686
**Nombre** MARIA PAULA TAMAYO URIBE
**Dirección** **Teléfono**
**Municipio** BUCARAMANGA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502100222639(3900)00000000003000(96)20210602

**Fecha de Expedición** 27/05/2021 12:18:40 p. m.
**Fecha Limite de Pago** 2021/06/02

---

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

**Recaudo de Estampillas**

**Recibo Nº**
**2502100222639**

**Con ribuyen e** **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1098739686
**Nombre** MARIA PAULA TAMAYO URIBE
**Dirección** **Teléfono**
**Municipio** BUCARAMANGA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502100222639(3900)00000000003000(96)20210602

**Trámite** CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Bucaramanga - BUCARAMANGA**

**Fecha de Expedición** 27/05/2021 12:18:40 p. m.

**Total a Pagar** **$3.300**

(415)8902012356006(8020)02502100222639(3900)00000000003300(96)20210602

PRO HOSPITAL $3.000

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

**Total** **$3.000**
Ordenanza 012 $300

Pagado Electrónicamente

# Recaudo de Estampillas

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

**Recibo Nº**
**2502100222641**

Contribuyente

**Trámite** CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

| | |
|---|---|
| PRO HOSPITAL | $3.000 |
| **Total** | **$3.000** |
| Ordenanza 012 | $300 |
| **Total a Pagar** | **$3.300** |

**Contribuyente** **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1098687959
**Nombre** LEIDY LORENA MORA NIÑO
**Dirección** **Teléfono**
**Municipio** **Departamento** SANTANDER

(415)7709998038639(8020)02502100222641(3900)00000000003300(96)20210602

*1002852471*
*1688409614*

**Fecha de Expedición** 27/05/2021 12:18:40 p. m. **Fecha Limite de Pago** 2021/06/02

Con destino a: **Alcaldía de Bucaramanga - BUCARAMANGA**

Pagado Electrónicamente

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502100222641

*1002852471*
*1688409614*

**Trámite** CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Bucaramanga - BUCARAMANGA**

Tipo de Doc. C.C. Número: 1098687959
Nombre: LEIDY LORENA MORA NIÑO
Dirección: Teléfono:

| | |
|---|---|
| PRO HOSPITAL | $3.000 |
| **Total** | **$3.000** |
| Ordenanza 012 | $300 |
| **Total a Pagar** | **$3.300** |

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502100222641

**Trámite** CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Bucaramanga - BUCARAMANGA**

**Total a Pagar** **$3.300**

**Fecha de Expedición** 27/05/2021 12:18:40 p. n **Fecha Limite de Pago** 2021/06/02

| | |
|---|---|
| PRO HOSPITAL | $3.000 |
| **Total** | **$3.000** |
| Ordenanza 012 | $300 |

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502100222641

**Trámite** CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Bucaramanga - BUCARAMANGA**

| | |
|---|---|
| PRO HOSPITAL | $3.000 |
| **Total** | **$3.000** |
| Ordenanza 012 | $300 |
| **Total a Pagar** | **$3.300** |

**Contribuyente** **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1098687959
**Nombre** LEIDY LORENA MORA NIÑO
**Dirección** **Teléfono**
**Municipio** **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502100222641(3900)00000000003000(96)20210602

**Fecha de Expedición** 27/05/2021 12:18:40 p. m.
**Fecha Limite de Pago** 2021/06/02

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502100222641

**Con ribuyen e** **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1098687959
**Nombre** LEIDY LORENA MORA NIÑO
**Dirección** **Teléfono**
**Municipio** **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502100222641(3900)00000000003000(96)20210602

**Trámite** CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Bucaramanga - BUCARAMANGA**

**Fecha de Expedición** 27/05/2021 12:18:40 p. m.

**Total a Pagar** **$3.300**

(415)8902012356006(8020)02502100222641(3900)00000000003300(96)20210602

PRO HOSPITAL $3.000

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

| | |
|---|---|
| **Total** | **$3.000** |
| Ordenanza 012 | $300 |