Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502300589159

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Contribuyente Tipo de Doc. N.I. **Número** 804001267
Nombre SHALOM CADA DE PAZ
Dirección **Teléfono**
Municipio BUCARAMANGA **Departamento** SANTANDER

PRO HOSPITAL $3.900

(415)7709998038639(8020)02502300589159(3900)0000000003900(96)20231108

0000000000
2705731749

SECRETARIA ADMINISTRATIVA
REVISADO POR:
OFICINA DE RADICACIÓN Y LEGALIZACIÓN DE CONTRATOS
FECHA 28-11-23
ALCALDÍA DE BUCARAMANGA

Total Estampillas $3.900
Ordenanza 012 $390
Total a Pagar $4.290

Fecha de Expedición 2/11/2023 4:48:32 p. m. **Fecha Límite de Pago** 2023/11/08

Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga - BUCARAMANGA

Contribuyente

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502300589159

0000000000
2705731749

PRO HOSPITAL $3.900

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga - BUCARAMANGA

Tipo de Doc. N.I. Número: 804001267
Nombre: SHALOM CADA DE PAZ
Dirección: Teléfono:

Total Estampillas $3.900
Ordenanza 012 $390
Total a Pagar $4.290

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502300589159

PRO HOSPITAL $3.900

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga - BUCARAMANGA

Total a Pagar $4.290

Fecha de Expedición 2/11/2023 4:48:32 p. m. **Fecha Límite de Pago** 2023/11/08

Total Estampillas $3.900
Ordenanza 012 $390

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502300589159

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga - BUCARAMANGA

Contribuyente Tipo de Doc. N.I. **Número** 804001267
Nombre SHALOM CADA DE PAZ
Dirección **Teléfono**
Municipio BUCARAMANGA **Departamento** SANTANDER

PRO HOSPITAL $3.900

(415)8902012356005(8020)02502300589159(3900)0000000003900(96)20231108

Total Estampillas $3.900
Ordenanza 012 $390
Total a Pagar $4.290

Fecha de Expedición 2/11/2023 4:48:32 p. m.
Fecha Límite de Pago 2023/11/08

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502300589159

Contribuyente Tipo de Doc. N.I. **Número** 804001267
Nombre SHALOM CADA DE PAZ
Dirección **Teléfono**
Municipio BUCARAMANGA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502300589159(3900)0000000003900(96)20231108

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

(415)8902012356006(8020)02502300589159(3900)0000000000390(96)20231108

Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga - BUCARAMANGA

PRO HOSPITAL $3.900

Fecha de Expedición 2/11/2023 4:48:32 p. m.

BP G. 11046001150-1
BP SYC. 22048012843-8

Total a Pagar $4.290

Total Estampillas $3.900
Ordenanza 012 $390

Banco

Powered by CamScanner