Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502300698493

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL $3.900

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

Fecha de Expedición 2023/12/19 Fecha Limite de Pago 2023/12/26

Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga - BUCARAMANGA

Contribuyente Tipo de Doc. C.C. Número 901666929
Nombre consorcio interurbana
Dirección Teléfono
Municipio Departamento SANTANDER

(415)7709998038639(8020)02502300698493(3900)00000000004290(96)20231226

0348095157
3583288266

SECRETARIA ADMINISTRATIVA
REVISADO POR
OFICINA DE RENTAS
Y CONTROL
FECHA 27-12-23
Laura C
ALCALDIA DE BUCARAMANGA

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502300698493

0348095157
3583288266

PRO HOSPITAL $3.900

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga - BUCARAMANGA

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: consorcio interurbana
Dirección:
Número: 901666929
Teléfono:

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

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502300698493

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL $3.900

Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga - BUCARAMANGA

Total a Pagar $4.290

Fecha de Expedición 2023/12/19 Fecha Limite de Pago 2023/12/26

Total $3.900
Ordenanza 012 $390

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502300698493

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga - BUCARAMANGA

PRO HOSPITAL $3.900

Contribuyente Tipo de Doc. C.C. Número 901666929
Nombre consorcio interurbana
Dirección Teléfono
Municipio Departamento SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502300698493(3900)00000000003900(96)20231226

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

Fecha de Expedición 2023/12/19
Fecha Limite de Pago 2023/12/26

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502300698493

Contribuyente Tipo de Doc. C.C. Número 901666929
Nombre consorcio interurbana
Dirección Teléfono
Municipio Departamento SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502300698493(3900)00000000003900(96)20231226

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

(415)8902012356006(8020)02502300698493(3900)00000000000390(96)20231226

PRO HOSPITAL $3.900

Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga - BUCARAMANGA

Fecha de Expedición 2023/12/19

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

Total a Pagar $4.290

Total $3.900
Ordenanza 012 $390