Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502400226623

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL	$4.300
Total	**$4.300**
Ordenanza 012	$430
Total a Pagar	**$4.730**

Fecha de Expedición 2024/05/06 **Fecha Limite de Pago** 2024/05/14

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

Contribuyente **Tipo de Doc.** N.I. **Número** 901719756

Nombre CONSORCIO CIVING

Dirección **Teléfono**

Municipio **Departamento** SANTANDER

(415)7709998038639(8020)02502400226623(3900)000000000004730(96)20240514

0621652225

2178640444

SECRETARIA ADMINISTRATIVA
REVISADO POR:
OFICINA DE RADICACIÓN Y LEGALIZACIÓN DE CONTRATOS
FECHA 21-05-24
ALCALDIA DE BUCARAMANGA

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502400226623

0621652225

2178640444

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. N.I. Número: 901719756
Nombre: CONSORCIO CIVING
Dirección: Teléfono:

PRO HOSPITAL $4.300

Total **$4.300**
Ordenanza 012 $430
Total a Pagar **$4.730**

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502400226623

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Total a Pagar **$4.730**

Fecha de Expedición 2024/05/06 **Fecha Limite de Pago** 2024/05/14

PRO HOSPITAL $4.300

Total **$4.300**
Ordenanza 012 $430

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502400226623

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

PRO HOSPITAL $4.300

Total **$4.300**
Ordenanza 012 $430
Total a Pagar **$4.730**

Contribuyente **Tipo de Doc.** N.I. **Número** 901719756

Nombre CONSORCIO CIVING

Dirección **Teléfono**

Municipio **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502400226623(3900)000000000004300(96)20240514

Fecha de Expedición 2024/05/06

Fecha Limite de Pago 2024/05/14

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502400226623

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** N.I. **Número** 901719756

Nombre CONSORCIO CIVING

Dirección **Teléfono**

Municipio **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502400226623(3900)000000000004300(96)20240514

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

(415)8902012356006(8020)02502400226623(3900)000000000000430(96)20240514

PRO HOSPITAL $4.300

Pago Electrónico