Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502400634979

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 13389523
Nombre DANIEL DELGADO GRATERON
Dirección **Teléfono**
Municipio BUCARAMANGA **Departamento** SANTANDER

(415)7709998038639(8020)02502400634979(3900)00000000004730(96)20241121

0000000000
2705731749

Fecha de Expedición 15/11/2024 12:16:16 p. m. **Fecha Limite de Pago** 2024/11/21

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

Pagado Electrónicamente

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502400634979

0000000000
2705731749

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: DANIEL DELGADO GRATERON
Dirección:
Número: 13389523
Teléfono:

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

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502400634979

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Total a Pagar **$4.730**

Fecha de Expedición 15/11/2024 12:16:16 p. n **Fecha Limite de Pago** 2024/11/21

PRO HOSPITAL $4.300

Total Estampillas **$4.300**
Ordenanza 012 $430

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502400634979

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

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

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 13389523
Nombre DANIEL DELGADO GRATERON
Dirección **Teléfono**
Municipio BUCARAMANGA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502400634979(3900)00000000004300(96)20241121

Fecha de Expedición 15/11/2024 12:16:16 p. m.
Fecha Limite de Pago 2024/11/21

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502400634979

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 13389523
Nombre DANIEL DELGADO GRATERON
Dirección **Teléfono**
Municipio BUCARAMANGA **Departamento** SANTANDER

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Fecha de Expedición 15/11/2024 12:16:16 p. m.

Total a Pagar **$4.730**

(415)8902012356005(8020)02502400634979(3900)00000000004300(96)20241121

(415)8902012356006(8020)02502400634979(3900)00000000004430(96)20241121

PRO HOSPITAL $4.300

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

Total Estampillas **$4.300**
Ordenanza 012 $430