Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502400744931

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Contribuyente

PRO HOSPITAL $4.300

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

Fecha de Expedición 2024/12/20 **Fecha Limite de Pago** 2024/12/26

Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga - BUCARAMANGA

Contribuyente **Tipo de Doc.** N.I. **Número** 901892003
Nombre UNION TEMPORAL MAXIMEN
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento** SANTANDER

(415)7709998038639(8020)0250240074931(3900)0000000004730(96)20241226

1142823344
3233020484

SECRETARIA ADMINISTRATIVA
RECIBIDO POR:
GRUPO DE RADICACIÓN Y LEGALIZACION DE CONTRATOS
FECHA 29-12-24
ALCALDIA DE BUCARAMANGA

PRO HOSPITAL $4.300

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda | **Recaudo de Estampillas** **Recibo Nº** **2502400744931**

1142823344
3233020484

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga - BUCARAMANGA

Tipo de Doc. N.I. Número 901892003
Nombre UNION TEMPORAL MAXIMEN Teléfono
Dirección

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

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda | **Recaudo de Estampillas** **Recibo Nº** **2502400744931**

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga - BUCARAMANGA

Total a Pagar $4.730

Fecha de Expedición 2024/12/20 **Fecha Limite de Pago** 2024/12/26

PRO HOSPITAL $4.300

Total $4.300
Ordenanza 012 $430

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda | **Recaudo de Estampillas** **Recibo Nº** **2502400744931**

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga - BUCARAMANGA

PRO HOSPITAL $4.300

Contribuyente **Tipo de Doc.** N.I. **Número** 901892003
Nombre UNION TEMPORAL MAXIMEN
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)0250240074931(3900)0000000004300(96)20241226

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

Fecha de Expedición 2024/12/20
Fecha Limite de Pago 2024/12/26

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda | **Recaudo de Estampillas** **Recibo Nº** **2502400744931**

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** N.I. **Número** 901892003
Nombre UNION TEMPORAL MAXIMEN
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)0250240074931(3900)0000000004300(96)20241226

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

(415)8902012356006(8020)0250240074931(3900)0000000000430(96)20241226

Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga - BUCARAMANGA

PRO HOSPITAL $4.300

Fecha de Expedición 2024/12/20

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

Total a Pagar $4.730

Total $4.300
Ordenanza 012 $430