AM

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502500001277

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL	$4.800
Total	**$4.800**
Ordenanza 012	$480
Total a Pagar	**$5.280**

Fecha de Expedición 2025/01/03 **Fecha Limite de Pago** 2025/01/09

Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga - BUCARAMANGA

Contribuyente Tipo de Doc. N.I. Número 804001267
Nombre ASOCIACION SHALOM CASA DE PAZ
Dirección Teléfono
Municipio Departamento SANTANDER

(415)7709998038639(8020)02502500001277(3900)00000000005280(96)20250109

"1171268519"
"2245012878"

SECRETARIA ADMINISTRATIVA
RECIBIDO POR:
OFICINA DE RADICACIÓN Y GESTIÓN DE CONTRATOS
FECHA 14-02-25
ALCALDIA DE BUCARAMANGA

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº 2502500001277
"1171268519"
"2245012878"
PRO HOSPITAL $4.800
Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES
Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga - BUCARAMANGA
Tipo de Doc. N.I.
Nombre: ASOCIACION SHALOM CASA DE PAZ
Dirección:
Número: 804001267
Teléfono:
Total $4.800
Ordenanza 012 $480
Total a Pagar $5.280

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº 2502500001277
Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES
Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga - BUCARAMANGA
Total a Pagar $5.280
Fecha de Expedición 2025/01/03 Fecha Limite de Pago 2025/01/09
PRO HOSPITAL $4.800
Total $4.800
Ordenanza 012 $480

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº 2502500001277
Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES
Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga - BUCARAMANGA
PRO HOSPITAL $4.800
Total $4.800
Ordenanza 012 $480
Total a Pagar $5.280
Fecha de Expedición 2025/01/03
Fecha Limite de Pago 2025/01/09

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº 2502500001277
Contribuyente Tipo de Doc. N.I. Número 804001267
Nombre ASOCIACION SHALOM CASA DE PAZ
Dirección Teléfono
Municipio Departamento SANTANDER
Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES
Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga - BUCARAMANGA
Fecha de Expedición 2025/01/03
Total a Pagar $5.280
(415)8902012356005(8020)02502500001277(3900)00000000004800(96)20250109
(415)8902012356006(8020)02502500001277(3900)00000000000480(96)20250109
PRO HOSPITAL $4.800
BP G. 11048001150-1
BP SYC. 22048012843-8
Total
Ordenanza 012 $480