Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502600155164

Contribuyente

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL	$ 5.800
Total Estampillas	**$ 5.800**
Ordenanza 012	$ 580
Total a Pagar	**$ 6.380**

Contribuyente **Tipo de Doc.** NIT **Número** 890207305
Nombre IER SAS
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502600155164(3900)00000000006380(96)20260304

Fecha de Expedición 2026/03/03 **Fecha Limite de Pago** 2026/03/04

Con destino a: **Caja de Previsión Social Municipal de Bucaramanga**

Pagado Electrónicamente

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502600155164

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Caja de Previsión Social Municipal de Bucaramanga**

Tipo de Doc. NIT
Nombre: IER SAS
Dirección:

Número: 890207305
Teléfono:

PRO HOSPITAL	$ 5.800
Total Estampillas	**$ 5.800**
Ordenanza 012	$ 580
Total a Pagar	**$ 6.380**

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502600155164

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Caja de Previsión Social Municipal de Bucaramanga**

Total a Pagar **$ 6.380**

Fecha de Expedición 2026/03/03 **Fecha Limite de Pago** 2026/03/04

PRO HOSPITAL	$ 5.800
Total Estampillas	**$ 5.800**
Ordenanza 012	$ 580

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502600155164

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Caja de Previsión Social Municipal de Bucaramanga**

PRO HOSPITAL	$ 5.800
Total Estampillas	**$ 5.800**
Ordenanza 012	$ 580
Total a Pagar	**$ 6.380**

Contribuyente **Tipo de Doc.** NIT **Número** 890207305
Nombre IER SAS
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600155164(3900)00000000005800(96)20260304

Fecha de Expedición 2026/03/03
Fecha Limite de Pago 2026/03/04

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502600155164

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** NIT **Número** 890207305
Nombre IER SAS
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Caja de Previsión Social Municipal de Bucaramanga**

Fecha de Expedición 2026/03/03

Total a Pagar **$ 6.380**

(415)8902012356005(8020)02502600155164(3900)00000000005800(96)20260304

(415)8902012356006(8020)02502600155164(3900)00000000000580(96)20260304

PRO HOSPITAL	$ 5.800
Total Estampillas	**$ 5.800**
Ordenanza 012	$ 580