Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502000445940

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

PRO HOSPITAL $2.900

(415)7709998038639(8020)0250200445940(3900)000000000003190(96)20201228

Total $2.900
Ordenanza 012 $290
Total a Pagar **$3.190**

Fecha de Expedición 2020/12/21 **Fecha Limite de Pago** 2020/12/28

Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga - BUCARAMANGA

Contribuyente

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº **2502000445940**

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga - BUCARAMANGA

Tipo de Doc. N.I.
Nombre: SHALOM CASA DE PAZ
Dirección:
Número: 804001267
Teléfono:

PRO HOSPITAL $2.900

Total $2.900
Ordenanza 012 $290
Total a Pagar **$3.190**

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº **2502000445940**

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga - BUCARAMANGA

Total a Pagar **$3.190**

Fecha de Expedición 2020/12/21 **Fecha Limite de Pago** 2020/12/28

PRO HOSPITAL $2.900

Total $2.900
Ordenanza 012 $290

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº **2502000445940**

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga - BUCARAMANGA

PRO HOSPITAL $2.900

(415)8902012356005(8020)0250200445940(3900)000000000002900(96)20201228

Total $2.900
Ordenanza 012 $290
Total a Pagar **$3.190**

Fecha de Expedición 2020/12/21
Fecha Limite de Pago 2020/12/28

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº **2502000445940**

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

(415)8902012356005(8020)0250200445940(3900)000000000002900(96)20201228

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

(415)8902012356006(8020)0250200445940(3900)000000000000290(96)20201228

Con destino a: Alcaldía de Bucaramanga - BUCARAMANGA

PRO HOSPITAL $2.900

Fecha de Expedición 2020/12/21

BP G. 11046001150-1
BP SYC. 22046012843-6

Total a Pagar **$3.190**

Total $2.900
Ordenanza 012 $290

Banco