Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502600435009

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL	$5.800

Total a Pagar **$5.800**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1096188546
Nombre ANGELICA DIONISIA PRADA GARCIA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502600435009(3900)00000000005800(96)20260709

Fecha de Expedición 2026/07/03 **Fecha Limite de Pago** 2026/07/09

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja - BARRANCABERMEJA**

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502600435009

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja - BARRANCABERMEJA**

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: ANGELICA DIONISIA PRADA GARCIA
Dirección:
Número: 1096188546
Teléfono:

PRO HOSPITAL	$5.800

Total a Pagar **$5.800**

¡ LE INVITAMOS A REGISTRARSE !
RUCD – REGISTRO ÚNICO DE CONTRIBUYENTES DEPARTAMENTAL
Gestione fácilmente sus obligaciones y participe en la construcción del Departamento que todos queremos.

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502600435009

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja - BARRANCABERMEJA**

PRO HOSPITAL	$5.800

Total a Pagar **$5.800**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1096188546
Nombre ANGELICA DIONISIA PRADA GARCIA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600435009(3900)00000000005800(96)20260709

Fecha de Expedición 2026/07/03
Fecha Limite de Pago 2026/07/09

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502600435009

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1096188546
Nombre ANGELICA DIONISIA PRADA GARCIA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600435009(3900)00000000005800(96)20260709

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja - BARRANCABERMEJA**

Fecha de Expedición 2026/07/03

Total a Pagar **$5.800**

PRO HOSPITAL	$5.800

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

Total **$5.800**