Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502500398100

Contribuyente

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950
Total a Pagar	**$ 10.450**

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 25124950
Nombre MARIA TABARES
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398100(3900)00000000010450(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398100

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: MARIA TABARES
Dirección:

Número: 25124950
Teléfono:

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950
Total a Pagar	**$ 10.450**

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398100

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Total a Pagar **$ 10.450**

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

PRO HOSPITAL $ 9.500

Total Estampillas **$ 9.500**
Ordenanza 012 $ 950

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398100

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950
Total a Pagar	**$ 10.450**

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 25124950
Nombre MARIA TABARES
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398100(3900)00000000009500(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28
Fecha Limite de Pago 2025/07/04

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398100

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 25124950
Nombre MARIA TABARES
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Fecha de Expedición 2025/06/28

Total a Pagar **$ 10.450**

(415)8902012356005(8020)02502500398100(3900)00000000009500(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398100(3900)00000000000950(96)20250704

PRO HOSPITAL $ 9.500

Total Estampillas **$ 9.500**
Ordenanza 012 $ 950

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502500398101

Contribuyente

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 91432243
Nombre LUIS TABOADA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398101(3900)00000000005280(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502500398101

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: LUIS TABOADA
Dirección:
Número: 91432243
Teléfono:

PRO HOSPITAL $ 4.800

Total Estampillas **$ 4.800**
Ordenanza 012 $ 480
Total a Pagar **$ 5.280**

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502500398101

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Total a Pagar **$ 5.280**

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

PRO HOSPITAL $ 4.800

Total Estampillas **$ 4.800**
Ordenanza 012 $ 480

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502500398101

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

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

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 91432243
Nombre LUIS TABOADA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398101(3900)00000000004800(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28
Fecha Limite de Pago 2025/07/04

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502500398101

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 91432243
Nombre LUIS TABOADA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Fecha de Expedición 2025/06/28

Total a Pagar **$ 5.280**

(415)8902012356005(8020)02502500398101(3900)00000000004800(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398101(3900)00000000000480(96)20250704

PRO HOSPITAL $ 4.800

Total Estampillas **$ 4.800**
Ordenanza 012 $ 480

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502500398102

Contribuyente

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 91131735
Nombre NORALDO TABOADA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398102(3900)00000000005280(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398102

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: NORALDO TABOADA
Dirección:
Número: 91131735
Teléfono:

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

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398102

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Total a Pagar **$ 5.280**

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

PRO HOSPITAL $ 4.800

Total Estampillas **$ 4.800**
Ordenanza 012 $ 480

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398102

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

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

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 91131735
Nombre NORALDO TABOADA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398102(3900)00000000004800(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28
Fecha Limite de Pago 2025/07/04

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398102

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 91131735
Nombre NORALDO TABOADA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Fecha de Expedición 2025/06/28

Total a Pagar **$ 5.280**

(415)8902012356005(8020)02502500398102(3900)00000000004800(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398102(3900)00000000000480(96)20250704

PRO HOSPITAL $ 4.800

Total Estampillas **$ 4.800**
Ordenanza 012 $ 480

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502500398104

Contribuyente

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950
Total a Pagar	**$ 10.450**

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 91425992
Nombre CALRO TANG
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398104(3900)00000000010450(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398104

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: CALRO TANG
Dirección:

Número: 91425992
Teléfono:

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950
Total a Pagar	**$ 10.450**

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398104

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Total a Pagar	**$ 10.450**

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398104

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950
Total a Pagar	**$ 10.450**

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 91425992
Nombre CALRO TANG
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398104(3900)00000000009500(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28
Fecha Limite de Pago 2025/07/04

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398104

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 91425992
Nombre CALRO TANG
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Fecha de Expedición 2025/06/28

Total a Pagar	**$ 10.450**

(415)8902012356005(8020)02502500398104(3900)00000000009500(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398104(3900)00000000000950(96)20250704

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502500398105

Contribuyente

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950
Total a Pagar	**$ 10.450**

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 91425992
Nombre CALRO TANG
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398105(3900)00000000010450(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398105

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: CALRO TANG
Dirección:

Número: 91425992
Teléfono:

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950
Total a Pagar	**$ 10.450**

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398105

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Total a Pagar	**$ 10.450**

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

PRO HOSPITAL $ 9.500

Total Estampillas **$ 9.500**
Ordenanza 012 $ 950

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398105

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950
Total a Pagar	**$ 10.450**

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 91425992
Nombre CALRO TANG
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398105(3900)00000000009500(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28
Fecha Limite de Pago 2025/07/04

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398105

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 91425992
Nombre CALRO TANG
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Fecha de Expedición 2025/06/28

Total a Pagar	**$ 10.450**

(415)8902012356005(8020)02502500398105(3900)00000000009500(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398105(3900)00000000000950(96)20250704

PRO HOSPITAL $ 9.500

Total Estampillas **$ 9.500**
Ordenanza 012 $ 950

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502500398106

Contribuyente

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950
Total a Pagar	**$ 10.450**

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 28002569
Nombre MARIA TAPIA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398106(3900)00000000010450(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398106

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: MARIA TAPIA
Dirección:

Número: 28002569
Teléfono:

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950
Total a Pagar	**$ 10.450**

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398106

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total a Pagar	**$ 10.450**
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398106

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950
Total a Pagar	**$ 10.450**

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 28002569
Nombre MARIA TAPIA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398106(3900)00000000009500(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28
Fecha Limite de Pago 2025/07/04

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398106

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 28002569
Nombre MARIA TAPIA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Fecha de Expedición 2025/06/28

Total a Pagar	**$ 10.450**

(415)8902012356005(8020)02502500398106(3900)00000000009500(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398106(3900)00000000000950(96)20250704

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502500398108

Contribuyente

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 1096235892
Nombre TATIANA PEDROZO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398108(3900)00000000005280(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502500398108

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: TATIANA PEDROZO
Dirección:
Número: 1096235892
Teléfono:

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

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502500398108

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Total a Pagar **$ 5.280**

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

PRO HOSPITAL $ 4.800

Total Estampillas **$ 4.800**
Ordenanza 012 $ 480

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502500398108

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

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

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 1096235892
Nombre TATIANA PEDROZO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398108(3900)00000000004800(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28
Fecha Limite de Pago 2025/07/04

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502500398108

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 1096235892
Nombre TATIANA PEDROZO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398108(3900)00000000004800(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398108(3900)00000000000480(96)20250704

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Fecha de Expedición 2025/06/28

Total a Pagar **$ 5.280**

PRO HOSPITAL $ 4.800

Total Estampillas **$ 4.800**
Ordenanza 012 $ 480

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502500398111

Contribuyente

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950
Total a Pagar	**$ 10.450**

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 37581631
Nombre TATIANA MUÑOZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398111(3900)00000000010450(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398111

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: TATIANA MUÑOZ
Dirección:

Número: 37581631
Teléfono:

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950
Total a Pagar	**$ 10.450**

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398111

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total a Pagar	**$ 10.450**
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398111

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950
Total a Pagar	**$ 10.450**

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 37581631
Nombre TATIANA MUÑOZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398111(3900)00000000009500(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28
Fecha Limite de Pago 2025/07/04

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398111

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 37581631
Nombre TATIANA MUÑOZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Fecha de Expedición 2025/06/28

Total a Pagar **$ 10.450**

(415)8902012356005(8020)02502500398111(3900)00000000009500(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398111(3900)00000000000950(96)20250704

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502500398112

Contribuyente

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950
Total a Pagar	**$ 10.450**

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 37581631
Nombre TATIANA MUÑOZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398112(3900)00000000010450(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398112

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: TATIANA MUÑOZ
Dirección:

Número: 37581631
Teléfono:

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950
Total a Pagar	**$ 10.450**

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398112

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Total a Pagar **$ 10.450**

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

PRO HOSPITAL $ 9.500

Total Estampillas **$ 9.500**
Ordenanza 012 $ 950

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398112

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950
Total a Pagar	**$ 10.450**

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 37581631
Nombre TATIANA MUÑOZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398112(3900)00000000009500(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28
Fecha Limite de Pago 2025/07/04

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398112

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 37581631
Nombre TATIANA MUÑOZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Fecha de Expedición 2025/06/28

Total a Pagar **$ 10.450**

(415)8902012356005(8020)02502500398112(3900)00000000009500(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398112(3900)00000000000950(96)20250704

PRO HOSPITAL $ 9.500

Total Estampillas **$ 9.500**
Ordenanza 012 $ 950

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502500398113

Contribuyente

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950
Total a Pagar	**$ 10.450**

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 37581631
Nombre TATIANA MUÑOZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398113(3900)00000000010450(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398113

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: TATIANA MUÑOZ
Dirección:

Número: 37581631
Teléfono:

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950
Total a Pagar	**$ 10.450**

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398113

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Total a Pagar	**$ 10.450**

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398113

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950
Total a Pagar	**$ 10.450**

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 37581631
Nombre TATIANA MUÑOZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398113(3900)00000000009500(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28
Fecha Limite de Pago 2025/07/04

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398113

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 37581631
Nombre TATIANA MUÑOZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Fecha de Expedición 2025/06/28

Total a Pagar	**$ 10.450**

(415)8902012356005(8020)02502500398113(3900)00000000009500(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398113(3900)00000000000950(96)20250704

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502500398115

Contribuyente

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950
Total a Pagar	**$ 10.450**

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 37581631
Nombre TATIANA MUÑOZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398115(3900)00000000010450(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398115

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: TATIANA MUÑOZ
Dirección:

Número: 37581631
Teléfono:

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950
Total a Pagar	**$ 10.450**

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398115

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Total a Pagar **$ 10.450**

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

PRO HOSPITAL $ 9.500

Total Estampillas **$ 9.500**
Ordenanza 012 $ 950

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398115

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950
Total a Pagar	**$ 10.450**

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 37581631
Nombre TATIANA MUÑOZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398115(3900)00000000009500(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28
Fecha Limite de Pago 2025/07/04

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398115

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 37581631
Nombre TATIANA MUÑOZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Fecha de Expedición 2025/06/28

Total a Pagar **$ 10.450**

(415)8902012356005(8020)02502500398115(3900)00000000009500(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398115(3900)00000000000950(96)20250704

PRO HOSPITAL $ 9.500

Total Estampillas **$ 9.500**
Ordenanza 012 $ 950

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502500398116

Contribuyente

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950
Total a Pagar	**$ 10.450**

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 37581631
Nombre TATIANA MUÑOZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398116(3900)00000000010450(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398116

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: TATIANA MUÑOZ
Dirección:

Número: 37581631
Teléfono:

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950
Total a Pagar	**$ 10.450**

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398116

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Total a Pagar	**$ 10.450**

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

PRO HOSPITAL $ 9.500

Total Estampillas **$ 9.500**
Ordenanza 012 $ 950

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398116

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950
Total a Pagar	**$ 10.450**

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 37581631
Nombre TATIANA MUÑOZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398116(3900)00000000009500(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28
Fecha Limite de Pago 2025/07/04

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398116

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 37581631
Nombre TATIANA MUÑOZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Fecha de Expedición 2025/06/28

Total a Pagar	**$ 10.450**

(415)8902012356005(8020)02502500398116(3900)00000000009500(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398116(3900)00000000000950(96)20250704

PRO HOSPITAL $ 9.500

Total Estampillas **$ 9.500**
Ordenanza 012 $ 950

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502500398117

Contribuyente

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950
Total a Pagar	**$ 10.450**

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 37581631
Nombre TATIANA MUÑOZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398117(3900)00000000010450(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398117

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: TATIANA MUÑOZ
Dirección:

Número: 37581631
Teléfono:

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950
Total a Pagar	**$ 10.450**

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398117

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Total a Pagar	**$ 10.450**

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398117

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950
Total a Pagar	**$ 10.450**

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 37581631
Nombre TATIANA MUÑOZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398117(3900)00000000009500(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28
Fecha Limite de Pago 2025/07/04

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398117

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 37581631
Nombre TATIANA MUÑOZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Fecha de Expedición 2025/06/28

Total a Pagar	**$ 10.450**

(415)8902012356005(8020)02502500398117(3900)00000000009500(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398117(3900)00000000000950(96)20250704

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502500398118

Contribuyente

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950
Total a Pagar	**$ 10.450**

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 37581631
Nombre TATIANA MUÑOZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398118(3900)00000000010450(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398118

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: TATIANA MUÑOZ
Dirección:

Número: 37581631
Teléfono:

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950
Total a Pagar	**$ 10.450**

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398118

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Total a Pagar **$ 10.450**

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

PRO HOSPITAL $ 9.500

Total Estampillas **$ 9.500**
Ordenanza 012 $ 950

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398118

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950
Total a Pagar	**$ 10.450**

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 37581631
Nombre TATIANA MUÑOZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398118(3900)00000000009500(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28
Fecha Limite de Pago 2025/07/04

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398118

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 37581631
Nombre TATIANA MUÑOZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Fecha de Expedición 2025/06/28

Total a Pagar **$ 10.450**

(415)8902012356005(8020)02502500398118(3900)00000000009500(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398118(3900)00000000000950(96)20250704

PRO HOSPITAL $ 9.500

Total Estampillas **$ 9.500**
Ordenanza 012 $ 950

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502500398119

Contribuyente

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950
Total a Pagar	**$ 10.450**

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 37581631
Nombre TATIANA MUÑOZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398119(3900)00000000010450(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502500398119

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: TATIANA MUÑOZ
Dirección:
Número: 37581631
Teléfono:

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950
Total a Pagar	**$ 10.450**

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502500398119

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Total a Pagar	**$ 10.450**

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502500398119

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950
Total a Pagar	**$ 10.450**

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 37581631
Nombre TATIANA MUÑOZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398119(3900)00000000009500(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28
Fecha Limite de Pago 2025/07/04

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502500398119

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 37581631
Nombre TATIANA MUÑOZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Fecha de Expedición 2025/06/28

Total a Pagar	**$ 10.450**

(415)8902012356005(8020)02502500398119(3900)00000000009500(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398119(3900)00000000000950(96)20250704

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502500398120

Contribuyente

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 63535878
Nombre TATIANA SANCHEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398120(3900)00000000005280(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398120

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: TATIANA SANCHEZ
Dirección:

Número: 63535878
Teléfono:

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

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398120

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Total a Pagar	**$ 5.280**

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

PRO HOSPITAL	$ 4.800
Total Estampillas	**$ 4.800**
Ordenanza 012	$ 480

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398120

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

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

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 63535878
Nombre TATIANA SANCHEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398120(3900)00000000004800(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28
Fecha Limite de Pago 2025/07/04

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398120

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 63535878
Nombre TATIANA SANCHEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Fecha de Expedición 2025/06/28

Total a Pagar	**$ 5.280**

(415)8902012356005(8020)02502500398120(3900)00000000004800(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398120(3900)00000000000480(96)20250704

PRO HOSPITAL	$ 4.800
Total Estampillas	**$ 4.800**
Ordenanza 012	$ 480

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502500398121

Contribuyente

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 63535878
Nombre TATIANA SANCHEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398121(3900)00000000005280(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398121

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: TATIANA SANCHEZ
Dirección:

Número: 63535878
Teléfono:

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

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398121

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Total a Pagar	**$ 5.280**

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

PRO HOSPITAL	$ 4.800
Total Estampillas	**$ 4.800**
Ordenanza 012	$ 480

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398121

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

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

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 63535878
Nombre TATIANA SANCHEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398121(3900)00000000004800(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28
Fecha Limite de Pago 2025/07/04

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398121

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 63535878
Nombre TATIANA SANCHEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Fecha de Expedición 2025/06/28

Total a Pagar	**$ 5.280**

(415)8902012356005(8020)02502500398121(3900)00000000004800(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398121(3900)00000000000480(96)20250704

PRO HOSPITAL	$ 4.800
Total Estampillas	**$ 4.800**
Ordenanza 012	$ 480

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502500398122

Contribuyente

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 13889568
Nombre CRISTOBAL TOBAR
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398122(3900)00000000005280(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398122

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: CRISTOBAL TOBAR
Dirección:

Número: 13889568
Teléfono:

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

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398122

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Total a Pagar	**$ 5.280**

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

PRO HOSPITAL	$ 4.800
Total Estampillas	**$ 4.800**
Ordenanza 012	$ 480

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398122

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

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

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 13889568
Nombre CRISTOBAL TOBAR
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398122(3900)00000000004800(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28
Fecha Limite de Pago 2025/07/04

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398122

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 13889568
Nombre CRISTOBAL TOBAR
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Fecha de Expedición 2025/06/28

Total a Pagar	**$ 5.280**

(415)8902012356005(8020)02502500398122(3900)00000000004800(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398122(3900)00000000000480(96)20250704

PRO HOSPITAL	$ 4.800
Total Estampillas	**$ 4.800**
Ordenanza 012	$ 480

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502500398124

Contribuyente

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950
Total a Pagar	**$ 10.450**

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 91426801
Nombre IVAN TORO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398124(3900)00000000010450(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398124

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: IVAN TORO
Dirección:

Número: 91426801
Teléfono:

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950
Total a Pagar	**$ 10.450**

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398124

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Total a Pagar	**$ 10.450**

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398124

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950
Total a Pagar	**$ 10.450**

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 91426801
Nombre IVAN TORO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398124(3900)00000000009500(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28
Fecha Limite de Pago 2025/07/04

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398124

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 91426801
Nombre IVAN TORO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Fecha de Expedición 2025/06/28

Total a Pagar	**$ 10.450**

(415)8902012356005(8020)02502500398124(3900)00000000009500(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398124(3900)00000000000950(96)20250704

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502500398125

Contribuyente

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 91434386
Nombre LUIS TORO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398125(3900)00000000005280(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398125

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: LUIS TORO
Dirección:

Número: 91434386
Teléfono:

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

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398125

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Total a Pagar	**$ 5.280**

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

PRO HOSPITAL $ 4.800

Total Estampillas **$ 4.800**
Ordenanza 012 $ 480

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398125

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

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

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 91434386
Nombre LUIS TORO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398125(3900)00000000004800(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28
Fecha Limite de Pago 2025/07/04

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398125

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 91434386
Nombre LUIS TORO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Fecha de Expedición 2025/06/28

Total a Pagar	**$ 5.280**

(415)8902012356005(8020)02502500398125(3900)00000000004800(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398125(3900)00000000000480(96)20250704

PRO HOSPITAL $ 4.800

Total Estampillas **$ 4.800**
Ordenanza 012 $ 480

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502500398127

Contribuyente

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 91276626
Nombre LEONARDO TORRADO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398127(3900)00000000005280(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502500398127

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: LEONARDO TORRADO
Dirección:
Número: 91276626
Teléfono:

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

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502500398127

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Total a Pagar **$ 5.280**

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

PRO HOSPITAL $ 4.800

Total Estampillas **$ 4.800**
Ordenanza 012 $ 480

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502500398127

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

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

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 91276626
Nombre LEONARDO TORRADO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398127(3900)00000000004800(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28
Fecha Limite de Pago 2025/07/04

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502500398127

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 91276626
Nombre LEONARDO TORRADO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398127(3900)00000000004800(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398127(3900)00000000000480(96)20250704

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Fecha de Expedición 2025/06/28

Total a Pagar **$ 5.280**

PRO HOSPITAL $ 4.800

Total Estampillas **$ 4.800**
Ordenanza 012 $ 480

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502500398128

Contribuyente

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950
Total a Pagar	**$ 10.450**

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 37938827
Nombre CLAUDIA TORRES
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398128(3900)00000000010450(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502500398128

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: CLAUDIA TORRES
Dirección:
Número: 37938827
Teléfono:

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950
Total a Pagar	**$ 10.450**

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502500398128

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Total a Pagar	**$ 10.450**

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502500398128

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950
Total a Pagar	**$ 10.450**

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 37938827
Nombre CLAUDIA TORRES
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398128(3900)00000000009500(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28
Fecha Limite de Pago 2025/07/04

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502500398128

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 37938827
Nombre CLAUDIA TORRES
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398128(3900)00000000009500(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398128(3900)00000000000950(96)20250704

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Fecha de Expedición 2025/06/28

Total a Pagar	**$ 10.450**

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502500398129

Contribuyente

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 1100221127
Nombre SANDRA TORRES
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398129(3900)00000000005280(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398129

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: SANDRA TORRES
Dirección:

Número: 1100221127
Teléfono:

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

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398129

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Total a Pagar	**$ 5.280**

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

PRO HOSPITAL	$ 4.800
Total Estampillas	**$ 4.800**
Ordenanza 012	$ 480

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398129

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

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

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 1100221127
Nombre SANDRA TORRES
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398129(3900)00000000004800(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28
Fecha Limite de Pago 2025/07/04

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398129

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 1100221127
Nombre SANDRA TORRES
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Fecha de Expedición 2025/06/28

Total a Pagar	**$ 5.280**

(415)8902012356005(8020)02502500398129(3900)00000000004800(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398129(3900)00000000000480(96)20250704

PRO HOSPITAL	$ 4.800
Total Estampillas	**$ 4.800**
Ordenanza 012	$ 480

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502500398131

Contribuyente

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 1096208535
Nombre YORLAN TORRES
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398131(3900)00000000005280(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502500398131

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: YORLAN TORRES
Dirección:
Número: 1096208535
Teléfono:

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

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502500398131

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Total a Pagar **$ 5.280**

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

PRO HOSPITAL $ 4.800

Total Estampillas **$ 4.800**
Ordenanza 012 $ 480

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502500398131

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

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

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 1096208535
Nombre YORLAN TORRES
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398131(3900)00000000004800(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28
Fecha Limite de Pago 2025/07/04

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502500398131

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 1096208535
Nombre YORLAN TORRES
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398131(3900)00000000004800(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398131(3900)00000000000480(96)20250704

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Fecha de Expedición 2025/06/28

Total a Pagar **$ 5.280**

PRO HOSPITAL $ 4.800

Total Estampillas **$ 4.800**
Ordenanza 012 $ 480

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502500398132

Contribuyente

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950
Total a Pagar	**$ 10.450**

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 1096208535
Nombre YORLAN TORRES
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398132(3900)00000000010450(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398132

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: YORLAN TORRES
Dirección:

Número: 1096208535
Teléfono:

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950
Total a Pagar	**$ 10.450**

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398132

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total a Pagar	**$ 10.450**
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398132

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950
Total a Pagar	**$ 10.450**

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 1096208535
Nombre YORLAN TORRES
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398132(3900)00000000009500(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28
Fecha Limite de Pago 2025/07/04

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398132

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 1096208535
Nombre YORLAN TORRES
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398132(3900)00000000009500(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398132(3900)00000000000950(96)20250704

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Fecha de Expedición 2025/06/28

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total a Pagar	**$ 10.450**
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502500398133

Contribuyente

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 1005241272
Nombre GISSELL TORRES
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398133(3900)00000000005280(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502500398133

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: GISSELL TORRES
Dirección:
Número: 1005241272
Teléfono:

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

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502500398133

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Total a Pagar **$ 5.280**

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

PRO HOSPITAL $ 4.800

Total Estampillas **$ 4.800**
Ordenanza 012 $ 480

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502500398133

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

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

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 1005241272
Nombre GISSELL TORRES
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398133(3900)00000000004800(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28
Fecha Limite de Pago 2025/07/04

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502500398133

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 1005241272
Nombre GISSELL TORRES
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398133(3900)00000000004800(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398133(3900)00000000000480(96)20250704

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Fecha de Expedición 2025/06/28

Total a Pagar **$ 5.280**

PRO HOSPITAL $ 4.800

Total Estampillas **$ 4.800**
Ordenanza 012 $ 480

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502500398134

Contribuyente

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 1005241272
Nombre GISSELL TORRES
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398134(3900)00000000005280(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502500398134

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: GISSELL TORRES
Dirección:
Número: 1005241272
Teléfono:

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

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502500398134

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Total a Pagar	**$ 5.280**

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

PRO HOSPITAL	$ 4.800
Total Estampillas	**$ 4.800**
Ordenanza 012	$ 480

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502500398134

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

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

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 1005241272
Nombre GISSELL TORRES
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398134(3900)00000000004800(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28
Fecha Limite de Pago 2025/07/04

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502500398134

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 1005241272
Nombre GISSELL TORRES
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398134(3900)00000000004800(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398134(3900)00000000000480(96)20250704

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Fecha de Expedición 2025/06/28

Total a Pagar	**$ 5.280**

PRO HOSPITAL	$ 4.800
Total Estampillas	**$ 4.800**
Ordenanza 012	$ 480

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502500398135

Contribuyente

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 1005241272
Nombre GISSELL TORRES
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398135(3900)00000000005280(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398135

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: GISSELL TORRES
Dirección:

Número: 1005241272
Teléfono:

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

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398135

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Total a Pagar	**$ 5.280**

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

PRO HOSPITAL $ 4.800

Total Estampillas **$ 4.800**
Ordenanza 012 $ 480

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398135

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

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

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 1005241272
Nombre GISSELL TORRES
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398135(3900)00000000004800(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28
Fecha Limite de Pago 2025/07/04

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398135

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 1005241272
Nombre GISSELL TORRES
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Fecha de Expedición 2025/06/28

Total a Pagar	**$ 5.280**

(415)8902012356005(8020)02502500398135(3900)00000000004800(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398135(3900)00000000000480(96)20250704

PRO HOSPITAL $ 4.800

Total Estampillas **$ 4.800**
Ordenanza 012 $ 480

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502500398136

Contribuyente

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 1096253282
Nombre CAMILA TORRES
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398136(3900)00000000005280(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398136

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: CAMILA TORRES
Dirección:

Número: 1096253282
Teléfono:

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

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398136

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Total a Pagar	**$ 5.280**

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

PRO HOSPITAL $ 4.800

Total Estampillas **$ 4.800**
Ordenanza 012 $ 480

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398136

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

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

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 1096253282
Nombre CAMILA TORRES
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398136(3900)00000000004800(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28
Fecha Limite de Pago 2025/07/04

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398136

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 1096253282
Nombre CAMILA TORRES
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Fecha de Expedición 2025/06/28

Total a Pagar	**$ 5.280**

(415)8902012356005(8020)02502500398136(3900)00000000004800(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398136(3900)00000000000480(96)20250704

PRO HOSPITAL $ 4.800

Total Estampillas **$ 4.800**
Ordenanza 012 $ 480

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502500398138

Contribuyente

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 1020795708
Nombre DANIEL TORRIJOS
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398138(3900)00000000005280(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398138

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: DANIEL TORRIJOS
Dirección:
Número: 1020795708
Teléfono:

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

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398138

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Total a Pagar **$ 5.280**

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

PRO HOSPITAL $ 4.800

Total Estampillas **$ 4.800**
Ordenanza 012 $ 480

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398138

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

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

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 1020795708
Nombre DANIEL TORRIJOS
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398138(3900)00000000004800(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28
Fecha Limite de Pago 2025/07/04

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398138

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 1020795708
Nombre DANIEL TORRIJOS
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Fecha de Expedición 2025/06/28

Total a Pagar **$ 5.280**

(415)8902012356005(8020)02502500398138(3900)00000000004800(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398138(3900)00000000000480(96)20250704

PRO HOSPITAL $ 4.800

Total Estampillas **$ 4.800**
Ordenanza 012 $ 480

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502500398139

Contribuyente

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 1005181421
Nombre MIGUEL TRIANA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398139(3900)00000000005280(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502500398139

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: MIGUEL TRIANA
Dirección:
Número: 1005181421
Teléfono:

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

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502500398139

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Total a Pagar **$ 5.280**

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

PRO HOSPITAL	$ 4.800
Total Estampillas	**$ 4.800**
Ordenanza 012	$ 480

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502500398139

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

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

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 1005181421
Nombre MIGUEL TRIANA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398139(3900)00000000004800(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28
Fecha Limite de Pago 2025/07/04

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502500398139

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 1005181421
Nombre MIGUEL TRIANA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398139(3900)00000000004800(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398139(3900)00000000000480(96)20250704

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Fecha de Expedición 2025/06/28

Total a Pagar **$ 5.280**

PRO HOSPITAL	$ 4.800
Total Estampillas	**$ 4.800**
Ordenanza 012	$ 480

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502500398141

Contribuyente

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950
Total a Pagar	**$ 10.450**

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 52155198
Nombre TRILLOZ MARTINEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398141(3900)00000000010450(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398141

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: TRILLOZ MARTINEZ
Dirección:
Número: 52155198
Teléfono:

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950
Total a Pagar	**$ 10.450**

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398141

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Total a Pagar	**$ 10.450**

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

PRO HOSPITAL $ 9.500

Total Estampillas **$ 9.500**
Ordenanza 012 $ 950

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398141

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950
Total a Pagar	**$ 10.450**

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 52155198
Nombre TRILLOZ MARTINEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398141(3900)00000000009500(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28
Fecha Limite de Pago 2025/07/04

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398141

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 52155198
Nombre TRILLOZ MARTINEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Fecha de Expedición 2025/06/28

Total a Pagar	**$ 10.450**

(415)8902012356005(8020)02502500398141(3900)00000000009500(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398141(3900)00000000000950(96)20250704

PRO HOSPITAL $ 9.500

Total Estampillas **$ 9.500**
Ordenanza 012 $ 950

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502500398142

Contribuyente

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950
Total a Pagar	**$ 10.450**

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 52155198
Nombre TRILLOZ MARTINEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398142(3900)00000000010450(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398142

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: TRILLOZ MARTINEZ
Dirección:
Número: 52155198
Teléfono:

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950
Total a Pagar	**$ 10.450**

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398142

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Total a Pagar	**$ 10.450**

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

PRO HOSPITAL $ 9.500

Total Estampillas **$ 9.500**
Ordenanza 012 $ 950

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398142

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950
Total a Pagar	**$ 10.450**

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 52155198
Nombre TRILLOZ MARTINEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398142(3900)00000000009500(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28
Fecha Limite de Pago 2025/07/04

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398142

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 52155198
Nombre TRILLOZ MARTINEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Fecha de Expedición 2025/06/28

Total a Pagar	**$ 10.450**

(415)8902012356005(8020)02502500398142(3900)00000000009500(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398142(3900)00000000000950(96)20250704

PRO HOSPITAL $ 9.500

Total Estampillas **$ 9.500**
Ordenanza 012 $ 950

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502500398143

Contribuyente

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950
Total a Pagar	**$ 10.450**

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 52155198
Nombre TRILLOZ MARTINEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398143(3900)00000000010450(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398143

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: TRILLOZ MARTINEZ
Dirección:
Número: 52155198
Teléfono:

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950
Total a Pagar	**$ 10.450**

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398143

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Total a Pagar	**$ 10.450**

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

PRO HOSPITAL $ 9.500

Total Estampillas **$ 9.500**
Ordenanza 012 $ 950

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398143

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950
Total a Pagar	**$ 10.450**

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 52155198
Nombre TRILLOZ MARTINEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398143(3900)00000000009500(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28
Fecha Limite de Pago 2025/07/04

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398143

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 52155198
Nombre TRILLOZ MARTINEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Fecha de Expedición 2025/06/28

Total a Pagar	**$ 10.450**

(415)8902012356005(8020)02502500398143(3900)00000000009500(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398143(3900)00000000000950(96)20250704

PRO HOSPITAL $ 9.500

Total Estampillas **$ 9.500**
Ordenanza 012 $ 950

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502500398144

Contribuyente

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950
Total a Pagar	**$ 10.450**

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 52155198
Nombre TRILLOZ MARTINEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398144(3900)00000000010450(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398144

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: TRILLOZ MARTINEZ
Dirección:
Número: 52155198
Teléfono:

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950
Total a Pagar	**$ 10.450**

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398144

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Total a Pagar	**$ 10.450**

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

PRO HOSPITAL $ 9.500

Total Estampillas **$ 9.500**
Ordenanza 012 $ 950

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398144

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950
Total a Pagar	**$ 10.450**

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 52155198
Nombre TRILLOZ MARTINEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398144(3900)00000000009500(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28
Fecha Limite de Pago 2025/07/04

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398144

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 52155198
Nombre TRILLOZ MARTINEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Fecha de Expedición 2025/06/28

Total a Pagar	**$ 10.450**

(415)8902012356005(8020)02502500398144(3900)00000000009500(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398144(3900)00000000000950(96)20250704

PRO HOSPITAL $ 9.500

Total Estampillas **$ 9.500**
Ordenanza 012 $ 950

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502500398145

Contribuyente

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950
Total a Pagar	**$ 10.450**

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 52155198
Nombre TRILLOZ MARTINEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398145(3900)00000000010450(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398145

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: TRILLOZ MARTINEZ
Dirección:

Número: 52155198
Teléfono:

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950
Total a Pagar	**$ 10.450**

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398145

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Total a Pagar **$ 10.450**

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

PRO HOSPITAL $ 9.500

Total Estampillas **$ 9.500**
Ordenanza 012 $ 950

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398145

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950
Total a Pagar	**$ 10.450**

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 52155198
Nombre TRILLOZ MARTINEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398145(3900)00000000009500(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28
Fecha Limite de Pago 2025/07/04

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398145

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 52155198
Nombre TRILLOZ MARTINEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Fecha de Expedición 2025/06/28

Total a Pagar **$ 10.450**

(415)8902012356005(8020)02502500398145(3900)00000000009500(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398145(3900)00000000000950(96)20250704

PRO HOSPITAL $ 9.500

Total Estampillas **$ 9.500**
Ordenanza 012 $ 950

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502500398146

Contribuyente

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950
Total a Pagar	**$ 10.450**

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 52155198
Nombre TRILLOZ MARTINEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398146(3900)00000000010450(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398146

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: TRILLOZ MARTINEZ
Dirección:
Número: 52155198
Teléfono:

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950
Total a Pagar	**$ 10.450**

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398146

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Total a Pagar	**$ 10.450**

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

PRO HOSPITAL $ 9.500

Total Estampillas **$ 9.500**
Ordenanza 012 $ 950

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398146

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950
Total a Pagar	**$ 10.450**

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 52155198
Nombre TRILLOZ MARTINEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398146(3900)00000000009500(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28
Fecha Limite de Pago 2025/07/04

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398146

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 52155198
Nombre TRILLOZ MARTINEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Fecha de Expedición 2025/06/28

Total a Pagar	**$ 10.450**

(415)8902012356005(8020)02502500398146(3900)00000000009500(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398146(3900)00000000000950(96)20250704

PRO HOSPITAL $ 9.500

Total Estampillas **$ 9.500**
Ordenanza 012 $ 950

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502500398148

Contribuyente

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950
Total a Pagar	**$ 10.450**

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 52155198
Nombre TRILLOZ MARTINEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398148(3900)00000000010450(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398148

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: TRILLOZ MARTINEZ
Dirección:

Número: 52155198
Teléfono:

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950
Total a Pagar	**$ 10.450**

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398148

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Total a Pagar	**$ 10.450**

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

PRO HOSPITAL $ 9.500

Total Estampillas **$ 9.500**
Ordenanza 012 $ 950

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398148

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950
Total a Pagar	**$ 10.450**

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 52155198
Nombre TRILLOZ MARTINEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398148(3900)00000000009500(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28
Fecha Limite de Pago 2025/07/04

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398148

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 52155198
Nombre TRILLOZ MARTINEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Fecha de Expedición 2025/06/28

Total a Pagar	**$ 10.450**

(415)8902012356005(8020)02502500398148(3900)00000000009500(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398148(3900)00000000000950(96)20250704

PRO HOSPITAL $ 9.500

Total Estampillas **$ 9.500**
Ordenanza 012 $ 950

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502500398149

Contribuyente

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 52155198
Nombre TRILLOZ MARTINEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398149(3900)00000000005280(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502500398149

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: TRILLOZ MARTINEZ
Dirección:
Número: 52155198
Teléfono:

PRO HOSPITAL $ 4.800

Total Estampillas **$ 4.800**
Ordenanza 012 $ 480
Total a Pagar **$ 5.280**

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502500398149

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Total a Pagar **$ 5.280**

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

PRO HOSPITAL $ 4.800

Total Estampillas **$ 4.800**
Ordenanza 012 $ 480

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502500398149

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

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

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 52155198
Nombre TRILLOZ MARTINEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398149(3900)00000000004800(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28
Fecha Limite de Pago 2025/07/04

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502500398149

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 52155198
Nombre TRILLOZ MARTINEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398149(3900)00000000004800(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398149(3900)00000000000480(96)20250704

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Fecha de Expedición 2025/06/28

Total a Pagar **$ 5.280**

PRO HOSPITAL $ 4.800

Total Estampillas **$ 4.800**
Ordenanza 012 $ 480

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502500398150

Contribuyente

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 52155198
Nombre TRILLOZ MARTINEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398150(3900)00000000005280(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502500398150

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: TRILLOZ MARTINEZ
Dirección:
Número: 52155198
Teléfono:

PRO HOSPITAL $ 4.800

Total Estampillas **$ 4.800**
Ordenanza 012 $ 480
Total a Pagar **$ 5.280**

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502500398150

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Total a Pagar **$ 5.280**

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

PRO HOSPITAL $ 4.800

Total Estampillas **$ 4.800**
Ordenanza 012 $ 480

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502500398150

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

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

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 52155198
Nombre TRILLOZ MARTINEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398150(3900)00000000004800(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28
Fecha Limite de Pago 2025/07/04

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502500398150

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 52155198
Nombre TRILLOZ MARTINEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398150(3900)00000000004800(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398150(3900)00000000000480(96)20250704

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Fecha de Expedición 2025/06/28

Total a Pagar **$ 5.280**

PRO HOSPITAL $ 4.800

Total Estampillas **$ 4.800**
Ordenanza 012 $ 480

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502500398151

Contribuyente

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 52155198
Nombre TRILLOZ MARTINEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398151(3900)00000000005280(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398151

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: TRILLOZ MARTINEZ
Dirección:
Número: 52155198
Teléfono:

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

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398151

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Total a Pagar **$ 5.280**

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

PRO HOSPITAL $ 4.800

Total Estampillas **$ 4.800**
Ordenanza 012 $ 480

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398151

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

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

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 52155198
Nombre TRILLOZ MARTINEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398151(3900)00000000004800(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28
Fecha Limite de Pago 2025/07/04

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398151

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 52155198
Nombre TRILLOZ MARTINEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Fecha de Expedición 2025/06/28

Total a Pagar **$ 5.280**

(415)8902012356005(8020)02502500398151(3900)00000000004800(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398151(3900)00000000000480(96)20250704

PRO HOSPITAL $ 4.800

Total Estampillas **$ 4.800**
Ordenanza 012 $ 480

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502500398152

Contribuyente

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 52155198
Nombre TRILLOZ MARTINEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398152(3900)00000000005280(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398152

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: TRILLOZ MARTINEZ
Dirección:
Número: 52155198
Teléfono:

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

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398152

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Total a Pagar **$ 5.280**

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

PRO HOSPITAL $ 4.800

Total Estampillas **$ 4.800**
Ordenanza 012 $ 480

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398152

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

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

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 52155198
Nombre TRILLOZ MARTINEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398152(3900)00000000004800(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28
Fecha Limite de Pago 2025/07/04

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398152

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 52155198
Nombre TRILLOZ MARTINEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Fecha de Expedición 2025/06/28

Total a Pagar **$ 5.280**

(415)8902012356005(8020)02502500398152(3900)00000000004800(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398152(3900)00000000000480(96)20250704

PRO HOSPITAL $ 4.800

Total Estampillas **$ 4.800**
Ordenanza 012 $ 480

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502500398153

Contribuyente

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 52155198
Nombre TRILLOZ MARTINEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398153(3900)00000000005280(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502500398153

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: TRILLOZ MARTINEZ
Dirección:
Número: 52155198
Teléfono:

PRO HOSPITAL $ 4.800

Total Estampillas **$ 4.800**
Ordenanza 012 $ 480
Total a Pagar **$ 5.280**

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502500398153

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Total a Pagar **$ 5.280**

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

PRO HOSPITAL $ 4.800

Total Estampillas **$ 4.800**
Ordenanza 012 $ 480

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502500398153

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

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

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 52155198
Nombre TRILLOZ MARTINEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398153(3900)00000000004800(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28
Fecha Limite de Pago 2025/07/04

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502500398153

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 52155198
Nombre TRILLOZ MARTINEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398153(3900)00000000004800(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398153(3900)00000000000480(96)20250704

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Fecha de Expedición 2025/06/28

Total a Pagar **$ 5.280**

PRO HOSPITAL $ 4.800

Total Estampillas **$ 4.800**
Ordenanza 012 $ 480

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502500398154

Contribuyente

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950
Total a Pagar	**$ 10.450**

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 37929027
Nombre TRNIDAD VESGA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398154(3900)00000000010450(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398154

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: TRNIDAD VESGA
Dirección:

Número: 37929027
Teléfono:

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950
Total a Pagar	**$ 10.450**

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398154

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Total a Pagar **$ 10.450**

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

PRO HOSPITAL $ 9.500

Total Estampillas **$ 9.500**
Ordenanza 012 $ 950

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398154

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950
Total a Pagar	**$ 10.450**

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 37929027
Nombre TRNIDAD VESGA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398154(3900)00000000009500(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28
Fecha Limite de Pago 2025/07/04

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398154

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 37929027
Nombre TRNIDAD VESGA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Fecha de Expedición 2025/06/28

Total a Pagar **$ 10.450**

(415)8902012356005(8020)02502500398154(3900)00000000009500(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398154(3900)00000000000950(96)20250704

PRO HOSPITAL $ 9.500

Total Estampillas **$ 9.500**
Ordenanza 012 $ 950

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502500398155

Contribuyente

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950
Total a Pagar	**$ 10.450**

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 91429511
Nombre TULIO CASTRO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398155(3900)00000000010450(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398155

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: TULIO CASTRO
Dirección:

Número: 91429511
Teléfono:

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950
Total a Pagar	**$ 10.450**

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398155

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Total a Pagar	**$ 10.450**

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398155

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950
Total a Pagar	**$ 10.450**

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 91429511
Nombre TULIO CASTRO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398155(3900)00000000009500(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28
Fecha Limite de Pago 2025/07/04

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398155

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 91429511
Nombre TULIO CASTRO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Fecha de Expedición 2025/06/28

Total a Pagar	**$ 10.450**

(415)8902012356005(8020)02502500398155(3900)00000000009500(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398155(3900)00000000000950(96)20250704

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502500398156

Contribuyente

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Contribuyente **Tipo de Doc.** NIT **Número** 900407523
Nombre UNIDAD MULTIFAMILIAR PUERTO MADERO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398156(3900)00000000005280(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398156

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. NIT
Nombre: UNIDAD MULTIFAMILIAR PUERTO MADERO
Dirección:
Número: 900407523
Teléfono:

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

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398156

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Total a Pagar **$ 5.280**

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

PRO HOSPITAL $ 4.800

Total Estampillas **$ 4.800**
Ordenanza 012 $ 480

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398156

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

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

Contribuyente **Tipo de Doc.** NIT **Número** 900407523
Nombre UNIDAD MULTIFAMILIAR PUERTO MADERO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398156(3900)00000000004800(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28
Fecha Limite de Pago 2025/07/04

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398156

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** NIT **Número** 900407523
Nombre UNIDAD MULTIFAMILIAR PUERTO MADERO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Fecha de Expedición 2025/06/28

Total a Pagar **$ 5.280**

(415)8902012356005(8020)02502500398156(3900)00000000004800(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398156(3900)00000000000480(96)20250704

PRO HOSPITAL $ 4.800

Total Estampillas **$ 4.800**
Ordenanza 012 $ 480

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502500398157

Contribuyente

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 1096198192
Nombre DORAYNIS URRUTIA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398157(3900)00000000005280(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398157

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: DORAYNIS URRUTIA
Dirección:
Número: 1096198192
Teléfono:

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

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398157

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Total a Pagar **$ 5.280**

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

PRO HOSPITAL $ 4.800

Total Estampillas **$ 4.800**
Ordenanza 012 $ 480

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398157

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

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

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 1096198192
Nombre DORAYNIS URRUTIA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398157(3900)00000000004800(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28
Fecha Limite de Pago 2025/07/04

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398157

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 1096198192
Nombre DORAYNIS URRUTIA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Fecha de Expedición 2025/06/28

Total a Pagar **$ 5.280**

(415)8902012356005(8020)02502500398157(3900)00000000004800(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398157(3900)00000000000480(96)20250704

PRO HOSPITAL $ 4.800

Total Estampillas **$ 4.800**
Ordenanza 012 $ 480

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502500398159

Contribuyente

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950
Total a Pagar	**$ 10.450**

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 37930240
Nombre MARIA URRUTIA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398159(3900)00000000010450(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398159

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: MARIA URRUTIA
Dirección:

Número: 37930240
Teléfono:

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950
Total a Pagar	**$ 10.450**

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398159

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Total a Pagar **$ 10.450**

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

PRO HOSPITAL $ 9.500

Total Estampillas **$ 9.500**
Ordenanza 012 $ 950

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398159

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

PRO HOSPITAL	$ 9.500
Total Estampillas	**$ 9.500**
Ordenanza 012	$ 950
Total a Pagar	**$ 10.450**

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 37930240
Nombre MARIA URRUTIA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398159(3900)00000000009500(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28
Fecha Limite de Pago 2025/07/04

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398159

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 37930240
Nombre MARIA URRUTIA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Fecha de Expedición 2025/06/28

Total a Pagar **$ 10.450**

(415)8902012356005(8020)02502500398159(3900)00000000009500(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398159(3900)00000000000950(96)20250704

PRO HOSPITAL $ 9.500

Total Estampillas **$ 9.500**
Ordenanza 012 $ 950

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502500398160

Contribuyente

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 63456125
Nombre URRIETA REYES
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398160(3900)00000000005280(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502500398160

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: URRIETA REYES
Dirección:
Número: 63456125
Teléfono:

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

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502500398160

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Total a Pagar **$ 5.280**

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

PRO HOSPITAL	$ 4.800
Total Estampillas	**$ 4.800**
Ordenanza 012	$ 480

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502500398160

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

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

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 63456125
Nombre URRIETA REYES
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398160(3900)00000000004800(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28
Fecha Limite de Pago 2025/07/04

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502500398160

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 63456125
Nombre URRIETA REYES
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398160(3900)00000000004800(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398160(3900)00000000000480(96)20250704

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Fecha de Expedición 2025/06/28

Total a Pagar **$ 5.280**

PRO HOSPITAL	$ 4.800
Total Estampillas	**$ 4.800**
Ordenanza 012	$ 480

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502500398161

Contribuyente

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Contribuyente **Tipo de Doc.** NIT **Número** 901090811
Nombre UT DOTACION LABORAL
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398161(3900)00000000005280(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398161

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. NIT
Nombre: UT DOTACION LABORAL
Dirección:
Número: 901090811
Teléfono:

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

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398161

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Total a Pagar **$ 5.280**

Fecha de Expedición 2025/06/28 **Fecha Limite de Pago** 2025/07/04

PRO HOSPITAL	$ 4.800
Total Estampillas	**$ 4.800**
Ordenanza 012	$ 480

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398161

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

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

Contribuyente **Tipo de Doc.** NIT **Número** 901090811
Nombre UT DOTACION LABORAL
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398161(3900)00000000004800(96)20250704

Fecha de Expedición 2025/06/28
Fecha Limite de Pago 2025/07/04

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500398161

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** NIT **Número** 901090811
Nombre UT DOTACION LABORAL
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Fecha de Expedición 2025/06/28

Total a Pagar **$ 5.280**

(415)8902012356005(8020)02502500398161(3900)00000000004800(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398161(3900)00000000000480(96)20250704

PRO HOSPITAL $ 4.800

Total Estampillas **$ 4.800**
Ordenanza 012 $ 480