Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502500398398

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** 63551851
Nombre ILBA QUINTERO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398398(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
2502500398398

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: ILBA QUINTERO
Dirección:
Número: 63551851
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
2502500398398

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
2502500398398

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** 63551851
Nombre ILBA QUINTERO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398398(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
2502500398398

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 63551851
Nombre ILBA QUINTERO
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)02502500398398(3900)00000000004800(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398398(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
2502500398399

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** 901039899
Nombre INDUSTRIAS DIOKI S.A.S
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398399(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
2502500398399

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. NIT
Nombre: INDUSTRIAS DIOKI S.A.S
Dirección:
Número: 901039899
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
2502500398399

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
2502500398399

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** 901039899
Nombre INDUSTRIAS DIOKI S.A.S
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398399(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
2502500398399

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** NIT **Número** 901039899
Nombre INDUSTRIAS DIOKI S.A.S
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)02502500398399(3900)00000000004800(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398399(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
2502500398400

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** 41781525
Nombre INES RAMIREZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398400(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
2502500398400

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: INES RAMIREZ
Dirección:
Número: 41781525
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
2502500398400

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
2502500398400

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** 41781525
Nombre INES RAMIREZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398400(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
2502500398400

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 41781525
Nombre INES RAMIREZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398400(3900)00000000009500(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398400(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
2502500398401

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** 23108652
Nombre ISABEL SIMANCA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398401(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
2502500398401

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: ISABEL SIMANCA
Dirección:
Número: 23108652
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
2502500398401

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
2502500398401

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** 23108652
Nombre ISABEL SIMANCA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398401(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
2502500398401

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 23108652
Nombre ISABEL SIMANCA
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)02502500398401(3900)00000000009500(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398401(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
2502500398402

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** 79906899
Nombre JAHER MATTEUS
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398402(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
2502500398402

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: JAHER MATTEUS
Dirección:

Número: 79906899
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
2502500398402

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
2502500398402

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** 79906899
Nombre JAHER MATTEUS
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398402(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
2502500398402

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 79906899
Nombre JAHER MATTEUS
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)02502500398402(3900)00000000009500(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398402(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
2502500398403

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** 37576390
Nombre JAHIZULY BADILLO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398403(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
2502500398403

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: JAHIZULY BADILLO
Dirección:

Número: 37576390
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
2502500398403

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
2502500398403

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** 37576390
Nombre JAHIZULY BADILLO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398403(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
2502500398403

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 37576390
Nombre JAHIZULY BADILLO
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)02502500398403(3900)00000000004800(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398403(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
2502500398404

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** 47441045
Nombre JAIMES ACUÑA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398404(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
2502500398404

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: JAIMES ACUÑA
Dirección:

Número: 47441045
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
2502500398404

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
2502500398404

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** 47441045
Nombre JAIMES ACUÑA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398404(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
2502500398404

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 47441045
Nombre JAIMES ACUÑA
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)02502500398404(3900)00000000009500(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398404(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
2502500398405

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** 1096250130
Nombre DANIELA JAIMES
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398405(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
2502500398405

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: DANIELA JAIMES
Dirección:
Número: 1096250130
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
2502500398405

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
2502500398405

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** 1096250130
Nombre DANIELA JAIMES
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398405(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
2502500398405

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 1096250130
Nombre DANIELA JAIMES
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398405(3900)00000000004800(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398405(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
2502500398406

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** 13568093
Nombre JAIRO CRUZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398406(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
2502500398406

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: JAIRO CRUZ
Dirección:

Número: 13568093
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
2502500398406

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
2502500398406

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** 13568093
Nombre JAIRO CRUZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398406(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
2502500398406

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 13568093
Nombre JAIRO CRUZ
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)02502500398406(3900)00000000009500(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398406(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
2502500398408

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** 7705501
Nombre JAIRO RAMIREZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398408(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
2502500398408

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: JAIRO RAMIREZ
Dirección:
Número: 7705501
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
2502500398408

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
2502500398408

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** 7705501
Nombre JAIRO RAMIREZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398408(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
2502500398408

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 7705501
Nombre JAIRO RAMIREZ
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)02502500398408(3900)00000000009500(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398408(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
2502500398410

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** 1098701425
Nombre FAROUK JARABA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398410(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
2502500398410

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: FAROUK JARABA
Dirección:

Número: 1098701425
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
2502500398410

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
2502500398410

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** 1098701425
Nombre FAROUK JARABA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398410(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
2502500398410

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 1098701425
Nombre FAROUK JARABA
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)02502500398410(3900)00000000004800(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398410(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
2502500398415

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** 37880095
Nombre JACINTO CECILIA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398415(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
2502500398415

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: JACINTO CECILIA
Dirección:

Número: 37880095
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
2502500398415

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
2502500398415

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** 37880095
Nombre JACINTO CECILIA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398415(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
2502500398415

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 37880095
Nombre JACINTO CECILIA
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)02502500398415(3900)00000000009500(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398415(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
2502500398417

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** 1102361518
Nombre JAVIER SANTAMARIA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398417(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
2502500398417

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: JAVIER SANTAMARIA
Dirección:
Número: 1102361518
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
2502500398417

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
2502500398417

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** 1102361518
Nombre JAVIER SANTAMARIA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398417(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
2502500398417

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 1102361518
Nombre JAVIER SANTAMARIA
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)02502500398417(3900)00000000004800(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398417(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
2502500398420

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** 1097184953
Nombre JEMMA PORTELA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398420(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
2502500398420

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: JEMMA PORTELA
Dirección:

Número: 1097184953
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
2502500398420

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
2502500398420

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** 1097184953
Nombre JEMMA PORTELA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398420(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
2502500398420

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 1097184953
Nombre JEMMA PORTELA
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)02502500398420(3900)00000000004800(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398420(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
2502500398423

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** 28060653
Nombre YULIETH JIMENEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398423(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
2502500398423

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: YULIETH JIMENEZ
Dirección:
Número: 28060653
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
2502500398423

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
2502500398423

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** 28060653
Nombre YULIETH JIMENEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398423(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
2502500398423

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 28060653
Nombre YULIETH JIMENEZ
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)02502500398423(3900)00000000004800(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398423(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
2502500398424

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** 91422238
Nombre JIMENEZ PEDROZO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398424(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
2502500398424

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: JIMENEZ PEDROZO
Dirección:
Número: 91422238
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
2502500398424

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
2502500398424

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** 91422238
Nombre JIMENEZ PEDROZO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398424(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
2502500398424

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 91422238
Nombre JIMENEZ PEDROZO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398424(3900)00000000004800(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398424(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
2502500398426

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** 91422238
Nombre JIMENEZ PEDROZO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398426(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
2502500398426

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: JIMENEZ PEDROZO
Dirección:
Número: 91422238
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
2502500398426

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
2502500398426

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** 91422238
Nombre JIMENEZ PEDROZO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398426(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
2502500398426

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 91422238
Nombre JIMENEZ PEDROZO
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)02502500398426(3900)00000000009500(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398426(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
2502500398428

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** 13852754
Nombre JAIME MENESES
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398428(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
2502500398428

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: JAIME MENESES
Dirección:

Número: 13852754
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
2502500398428

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
2502500398428

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** 13852754
Nombre JAIME MENESES
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398428(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
2502500398428

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 13852754
Nombre JAIME MENESES
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)02502500398428(3900)00000000004800(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398428(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
2502500398432

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** 37922531
Nombre MIRIAM JIMENEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398432(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
2502500398432

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: MIRIAM JIMENEZ
Dirección:
Número: 37922531
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
2502500398432

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
2502500398432

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** 37922531
Nombre MIRIAM JIMENEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398432(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
2502500398432

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 37922531
Nombre MIRIAM JIMENEZ
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)02502500398432(3900)00000000009500(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398432(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
2502500398433

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** 37922531
Nombre MIRIAM JIMENEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398433(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
2502500398433

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: MIRIAM JIMENEZ
Dirección:

Número: 37922531
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
2502500398433

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
2502500398433

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** 37922531
Nombre MIRIAM JIMENEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398433(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
2502500398433

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 37922531
Nombre MIRIAM JIMENEZ
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)02502500398433(3900)00000000009500(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398433(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
2502500398436

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** 28489024
Nombre JOHANA FELIZZOLA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398436(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
2502500398436

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: JOHANA FELIZZOLA
Dirección:
Número: 28489024
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
2502500398436

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
2502500398436

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** 28489024
Nombre JOHANA FELIZZOLA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398436(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
2502500398436

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 28489024
Nombre JOHANA FELIZZOLA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398436(3900)00000000004800(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398436(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
2502500398439

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** 1192811946
Nombre JOHANNA PARADA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398439(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
2502500398439

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: JOHANNA PARADA
Dirección:

Número: 1192811946
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
2502500398439

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
2502500398439

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** 1192811946
Nombre JOHANNA PARADA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398439(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
2502500398439

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 1192811946
Nombre JOHANNA PARADA
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)02502500398439(3900)00000000004800(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398439(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
2502500398442

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** 91438836
Nombre JORGE ORTIZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398442(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
2502500398442

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: JORGE ORTIZ
Dirección:
Número: 91438836
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
2502500398442

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
2502500398442

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** 91438836
Nombre JORGE ORTIZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398442(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
2502500398442

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 91438836
Nombre JORGE ORTIZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398442(3900)00000000009500(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398442(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
2502500398443

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** 4463103
Nombre JORGE ARDILA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398443(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
2502500398443

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: JORGE ARDILA
Dirección:

Número: 4463103
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
2502500398443

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
2502500398443

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** 4463103
Nombre JORGE ARDILA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398443(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
2502500398443

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 4463103
Nombre JORGE ARDILA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398443(3900)00000000004800(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398443(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
2502500398444

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** 6057402
Nombre JORGE CHOPITE
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398444(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
2502500398444

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: JORGE CHOPITE
Dirección:
Número: 6057402
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
2502500398444

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
2502500398444

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** 6057402
Nombre JORGE CHOPITE
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398444(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
2502500398444

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 6057402
Nombre JORGE CHOPITE
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)02502500398444(3900)00000000004800(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398444(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
2502500398445

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** 70877740
Nombre JOSE ORTIZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398445(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
2502500398445

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: JOSE ORTIZ
Dirección:
Número: 70877740
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
2502500398445

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
2502500398445

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** 70877740
Nombre JOSE ORTIZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398445(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
2502500398445

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 70877740
Nombre JOSE ORTIZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398445(3900)00000000004800(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398445(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