Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502500398448

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** 63336919
Nombre JULIA ZABALETA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398448(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
2502500398448

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: JULIA ZABALETA
Dirección:
Número: 63336919
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
2502500398448

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
2502500398448

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** 63336919
Nombre JULIA ZABALETA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398448(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
2502500398448

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 63336919
Nombre JULIA ZABALETA
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)02502500398448(3900)00000000009500(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398448(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
2502500398452

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** 1098614191
Nombre JULIANA CARDENAS
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398452(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
2502500398452

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: JULIANA CARDENAS
Dirección:
Número: 1098614191
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
2502500398452

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
2502500398452

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** 1098614191
Nombre JULIANA CARDENAS
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398452(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
2502500398452

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 1098614191
Nombre JULIANA CARDENAS
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)02502500398452(3900)00000000009500(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398452(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
2502500398455

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** 37579440
Nombre JULIANA RICAURTE
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398455(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
2502500398455

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: JULIANA RICAURTE
Dirección:
Número: 37579440
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
2502500398455

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
2502500398455

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** 37579440
Nombre JULIANA RICAURTE
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398455(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
2502500398455

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 37579440
Nombre JULIANA RICAURTE
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398455(3900)00000000004800(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398455(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
2502500398457

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** 1005178266
Nombre JULIETH OSORIO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398457(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
2502500398457

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: JULIETH OSORIO
Dirección:
Número: 1005178266
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
2502500398457

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
2502500398457

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** 1005178266
Nombre JULIETH OSORIO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398457(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
2502500398457

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 1005178266
Nombre JULIETH OSORIO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398457(3900)00000000004800(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398457(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
2502500398459

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** 1096203550
Nombre KATHERINE MELLADO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398459(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
2502500398459

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: KATHERINE MELLADO
Dirección:
Número: 1096203550
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
2502500398459

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
2502500398459

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** 1096203550
Nombre KATHERINE MELLADO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398459(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
2502500398459

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 1096203550
Nombre KATHERINE MELLADO
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)02502500398459(3900)00000000004800(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398459(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
2502500398461

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** 1096247111
Nombre KELLY NAJERA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398461(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
2502500398461

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: KELLY NAJERA
Dirección:
Número: 1096247111
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
2502500398461

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
2502500398461

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** 1096247111
Nombre KELLY NAJERA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398461(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
2502500398461

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 1096247111
Nombre KELLY NAJERA
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)02502500398461(3900)00000000004800(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398461(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
2502500398469

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** 900396868
Nombre KONFIRMA S.A.S.
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398469(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
2502500398469

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. NIT
Nombre: KONFIRMA S.A.S.
Dirección:
Número: 900396868
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
2502500398469

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
2502500398469

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** 900396868
Nombre KONFIRMA S.A.S.
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398469(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
2502500398469

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** NIT **Número** 900396868
Nombre KONFIRMA S.A.S.
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398469(3900)00000000004800(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398469(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
2502500398470

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** 900396868
Nombre KONFIRMA S.A.S.
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398470(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
2502500398470

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. NIT
Nombre: KONFIRMA S.A.S.
Dirección:
Número: 900396868
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
2502500398470

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
2502500398470

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** 900396868
Nombre KONFIRMA S.A.S.
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398470(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
2502500398470

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** NIT **Número** 900396868
Nombre KONFIRMA S.A.S.
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398470(3900)00000000004800(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398470(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
2502500398471

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** 900396868
Nombre KONFIRMA S.A.S.
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398471(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
2502500398471

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. NIT
Nombre: KONFIRMA S.A.S.
Dirección:
Número: 900396868
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
2502500398471

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
2502500398471

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** 900396868
Nombre KONFIRMA S.A.S.
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398471(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
2502500398471

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** NIT **Número** 900396868
Nombre KONFIRMA S.A.S.
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398471(3900)00000000004800(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398471(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
2502500398472

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** 900396868
Nombre KONFIRMA S.A.S.
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398472(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
2502500398472

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. NIT
Nombre: KONFIRMA S.A.S.
Dirección:
Número: 900396868
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
2502500398472

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
2502500398472

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** 900396868
Nombre KONFIRMA S.A.S.
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398472(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
2502500398472

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** NIT **Número** 900396868
Nombre KONFIRMA S.A.S.
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398472(3900)00000000004800(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398472(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
2502500398473

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** 900396868
Nombre KONFIRMA S.A.S.
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398473(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
2502500398473

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. NIT
Nombre: KONFIRMA S.A.S.
Dirección:

Número: 900396868
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
2502500398473

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
2502500398473

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** 900396868
Nombre KONFIRMA S.A.S.
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398473(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
2502500398473

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** NIT **Número** 900396868
Nombre KONFIRMA S.A.S.
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398473(3900)00000000004800(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398473(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
2502500398474

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** 900396868
Nombre KONFIRMA S.A.S.
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398474(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
2502500398474

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. NIT
Nombre: KONFIRMA S.A.S.
Dirección:
Número: 900396868
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
2502500398474

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
2502500398474

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** 900396868
Nombre KONFIRMA S.A.S.
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398474(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
2502500398474

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** NIT **Número** 900396868
Nombre KONFIRMA S.A.S.
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398474(3900)00000000004800(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398474(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
2502500398475

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** 900396868
Nombre KONFIRMA S.A.S.
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398475(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
2502500398475

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. NIT
Nombre: KONFIRMA S.A.S.
Dirección:
Número: 900396868
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
2502500398475

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
2502500398475

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** 900396868
Nombre KONFIRMA S.A.S.
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398475(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
2502500398475

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** NIT **Número** 900396868
Nombre KONFIRMA S.A.S.
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398475(3900)00000000004800(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398475(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
2502500398477

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** 1096184837
Nombre JOSE LADINO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398477(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
2502500398477

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: JOSE LADINO
Dirección:

Número: 1096184837
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
2502500398477

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
2502500398477

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** 1096184837
Nombre JOSE LADINO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398477(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
2502500398477

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 1096184837
Nombre JOSE LADINO
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)02502500398477(3900)00000000004800(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398477(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
2502500398479

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** 63461276
Nombre SANDRA LAMUS
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398479(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
2502500398479

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: SANDRA LAMUS
Dirección:

Número: 63461276
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
2502500398479

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
2502500398479

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** 63461276
Nombre SANDRA LAMUS
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398479(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
2502500398479

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 63461276
Nombre SANDRA LAMUS
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)02502500398479(3900)00000000004800(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398479(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
2502500398480

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** 80038775
Nombre DANIEL LANDABUR
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398480(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
2502500398480

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: DANIEL LANDABUR
Dirección:
Número: 80038775
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
2502500398480

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
2502500398480

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** 80038775
Nombre DANIEL LANDABUR
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398480(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
2502500398480

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 80038775
Nombre DANIEL LANDABUR
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)02502500398480(3900)00000000004800(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398480(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
2502500398481

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** 80038775
Nombre DANIEL LANDABUR
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398481(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
2502500398481

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: DANIEL LANDABUR
Dirección:

Número: 80038775
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
2502500398481

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
2502500398481

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** 80038775
Nombre DANIEL LANDABUR
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398481(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
2502500398481

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 80038775
Nombre DANIEL LANDABUR
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)02502500398481(3900)00000000004800(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398481(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
2502500398483

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** 15361948
Nombre GENIS LEAL
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398483(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
2502500398483

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: GENIS LEAL
Dirección:

Número: 15361948
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
2502500398483

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
2502500398483

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** 15361948
Nombre GENIS LEAL
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398483(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
2502500398483

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 15361948
Nombre GENIS LEAL
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)02502500398483(3900)00000000004800(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398483(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
2502500398485

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** 37928465
Nombre LEGUIZAMO PABON
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398485(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
2502500398485

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: LEGUIZAMO PABON
Dirección:

Número: 37928465
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
2502500398485

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
2502500398485

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** 37928465
Nombre LEGUIZAMO PABON
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398485(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
2502500398485

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 37928465
Nombre LEGUIZAMO PABON
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)02502500398485(3900)00000000009500(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398485(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
2502500398487

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** 63465723
Nombre LANNY RIVAS
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398487(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
2502500398487

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: LANNY RIVAS
Dirección:
Número: 63465723
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
2502500398487

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
2502500398487

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** 63465723
Nombre LANNY RIVAS
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398487(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
2502500398487

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 63465723
Nombre LANNY RIVAS
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398487(3900)00000000004800(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398487(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
2502500398489

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** 27998775
Nombre LEOCADIA CHAVES
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398489(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
2502500398489

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: LEOCADIA CHAVES
Dirección:

Número: 27998775
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
2502500398489

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
2502500398489

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** 27998775
Nombre LEOCADIA CHAVES
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398489(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
2502500398489

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 27998775
Nombre LEOCADIA CHAVES
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)02502500398489(3900)00000000009500(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398489(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
2502500398490

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** 74376174
Nombre LEONARDO BOTIA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398490(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
2502500398490

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: LEONARDO BOTIA
Dirección:

Número: 74376174
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
2502500398490

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
2502500398490

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** 74376174
Nombre LEONARDO BOTIA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398490(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
2502500398490

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 74376174
Nombre LEONARDO BOTIA
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)02502500398490(3900)00000000009500(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398490(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
2502500398492

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** 74376174
Nombre LEONARDO BOTIA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398492(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
2502500398492

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: LEONARDO BOTIA
Dirección:

Número: 74376174
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
2502500398492

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
2502500398492

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** 74376174
Nombre LEONARDO BOTIA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398492(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
2502500398492

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 74376174
Nombre LEONARDO BOTIA
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)02502500398492(3900)00000000004800(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398492(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
2502500398493

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** 74376174
Nombre LEONARDO BOTIA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500398493(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
2502500398493

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: LEONARDO BOTIA
Dirección:

Número: 74376174
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
2502500398493

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
2502500398493

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** 74376174
Nombre LEONARDO BOTIA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500398493(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
2502500398493

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 74376174
Nombre LEONARDO BOTIA
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)02502500398493(3900)00000000004800(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500398493(3900)00000000000480(96)20250704

PRO HOSPITAL $ 4.800

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