Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502500397711

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** 91441310
Nombre MANUEL SANABRIA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500397711(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
2502500397711

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: MANUEL SANABRIA
Dirección:
Número: 91441310
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
2502500397711

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
2502500397711

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** 91441310
Nombre MANUEL SANABRIA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500397711(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
2502500397711

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 91441310
Nombre MANUEL SANABRIA
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)02502500397711(3900)00000000004800(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500397711(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
2502500397712

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** 91442277
Nombre MANUEL CARDENAS
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500397712(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
2502500397712

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: MANUEL CARDENAS
Dirección:
Número: 91442277
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
2502500397712

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
2502500397712

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** 91442277
Nombre MANUEL CARDENAS
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500397712(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
2502500397712

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 91442277
Nombre MANUEL CARDENAS
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500397712(3900)00000000004800(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500397712(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
2502500397714

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** 2048182
Nombre MANUEL PINZON
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)025025003977l4(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
2502500397714

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: MANUEL PINZON
Dirección:

Número: 2048182
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
2502500397714

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
2502500397714

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** 2048182
Nombre MANUEL PINZON
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)025025003977l4(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
2502500397714

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 2048182
Nombre MANUEL PINZON
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)025025003977l4(3900)00000000004800(96)20250704

(415)8902012356006(8020)025025003977l4(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
2502500397716

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** 1096210779
Nombre MARCELA ZURITA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500397716(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
2502500397716

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: MARCELA ZURITA
Dirección:

Número: 1096210779
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
2502500397716

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
2502500397716

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** 1096210779
Nombre MARCELA ZURITA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500397716(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
2502500397716

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 1096210779
Nombre MARCELA ZURITA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500397716(3900)00000000004800(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500397716(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
2502500397717

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** 37803630
Nombre MARIA ARIZA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500397717(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
2502500397717

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: MARIA ARIZA
Dirección:
Número: 37803630
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
2502500397717

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
2502500397717

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** 37803630
Nombre MARIA ARIZA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500397717(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
2502500397717

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 37803630
Nombre MARIA ARIZA
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)02502500397717(3900)00000000009500(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500397717(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
2502500397719

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** 1096223199
Nombre MARIA CARRASCAL
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500397719(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
2502500397719

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: MARIA CARRASCAL
Dirección:
Número: 1096223199
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
2502500397719

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
2502500397719

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** 1096223199
Nombre MARIA CARRASCAL
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500397719(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
2502500397719

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 1096223199
Nombre MARIA CARRASCAL
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500397719(3900)00000000009500(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500397719(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
2502500397720

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** 1096223199
Nombre MARIA CARRASCAL
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500397720(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
2502500397720

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: MARIA CARRASCAL
Dirección:
Número: 1096223199
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
2502500397720

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
2502500397720

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** 1096223199
Nombre MARIA CARRASCAL
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500397720(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
2502500397720

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 1096223199
Nombre MARIA CARRASCAL
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500397720(3900)00000000009500(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500397720(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
2502500397721

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** 1096223199
Nombre MARIA CARRASCAL
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500397721(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
2502500397721

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: MARIA CARRASCAL
Dirección:
Número: 1096223199
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
2502500397721

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
2502500397721

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** 1096223199
Nombre MARIA CARRASCAL
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500397721(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
2502500397721

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 1096223199
Nombre MARIA CARRASCAL
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500397721(3900)00000000009500(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500397721(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
2502500397722

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** 1096223199
Nombre MARIA CARRASCAL
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500397722(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
2502500397722

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: MARIA CARRASCAL
Dirección:
Número: 1096223199
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
2502500397722

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
2502500397722

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** 1096223199
Nombre MARIA CARRASCAL
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500397722(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
2502500397722

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 1096223199
Nombre MARIA CARRASCAL
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)02502500397722(3900)00000000009500(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500397722(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
2502500397724

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** 28009222
Nombre MARIA CRUZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500397724(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
2502500397724

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: MARIA CRUZ
Dirección:

Número: 28009222
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
2502500397724

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
2502500397724

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** 28009222
Nombre MARIA CRUZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500397724(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
2502500397724

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 28009222
Nombre MARIA CRUZ
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)02502500397724(3900)00000000004800(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500397724(3900)00000000000480(96)20250704

PRO HOSPITAL $ 4.800

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