Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502500397840

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** 1096219461
Nombre KAROL MONTAÑEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500397840(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
2502500397840

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: KAROL MONTAÑEZ
Dirección:
Número: 1096219461
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
2502500397840

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
2502500397840

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** 1096219461
Nombre KAROL MONTAÑEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500397840(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
2502500397840

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 1096219461
Nombre KAROL MONTAÑEZ
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)02502500397840(3900)00000000004800(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500397840(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
2502500397841

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** 1096219461
Nombre KAROL MONTAÑEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500397841(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
2502500397841

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: KAROL MONTAÑEZ
Dirección:
Número: 1096219461
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
2502500397841

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
2502500397841

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** 1096219461
Nombre KAROL MONTAÑEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500397841(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
2502500397841

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 1096219461
Nombre KAROL MONTAÑEZ
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)02502500397841(3900)00000000004800(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500397841(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
2502500397843

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** 21926515
Nombre MARIA MONTOYA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500397843(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
2502500397843

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: MARIA MONTOYA
Dirección:

Número: 21926515
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
2502500397843

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
2502500397843

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** 21926515
Nombre MARIA MONTOYA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500397843(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
2502500397843

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 21926515
Nombre MARIA MONTOYA
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)02502500397843(3900)00000000009500(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500397843(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
2502500397845

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** 91228701
Nombre ALFONSO MORA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500397845(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
2502500397845

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: ALFONSO MORA
Dirección:
Número: 91228701
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
2502500397845

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
2502500397845

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** 91228701
Nombre ALFONSO MORA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500397845(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
2502500397845

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 91228701
Nombre ALFONSO MORA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500397845(3900)00000000004800(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500397845(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
2502500397846

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** 91228701
Nombre ALFONSO MORA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500397846(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
2502500397846

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: ALFONSO MORA
Dirección:
Número: 91228701
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
2502500397846

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
2502500397846

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** 91228701
Nombre ALFONSO MORA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500397846(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
2502500397846

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 91228701
Nombre ALFONSO MORA
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)02502500397846(3900)00000000004800(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500397846(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
2502500397848

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** 91228701
Nombre ALFONSO MORA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500397848(3900)00000000005280(96)20250704

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

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500397848

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: ALFONSO MORA
Dirección:

Número: 91228701
Teléfono:

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

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500397848

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 de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500397848

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** 91228701
Nombre ALFONSO MORA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500397848(3900)00000000004800(96)20250704

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

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500397848

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 91228701
Nombre ALFONSO MORA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500397848(3900)00000000004800(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500397848(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
2502500397850

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** 28014659
Nombre CANDIDA MORA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500397850(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
2502500397850

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: CANDIDA MORA
Dirección:

Número: 28014659
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
2502500397850

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
2502500397850

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** 28014659
Nombre CANDIDA MORA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500397850(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
2502500397850

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 28014659
Nombre CANDIDA MORA
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)02502500397850(3900)00000000009500(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500397850(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
2502500397852

Contribuyente

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

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

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 37575315
Nombre NORALBA MORA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500397852(3900)00000000005280(96)20250704

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500397852

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: NORALBA MORA
Dirección:

Número: 37575315
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
2502500397852

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
2502500397852

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** 37575315
Nombre NORALBA MORA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500397852(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
2502500397852

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 37575315
Nombre NORALBA MORA
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)02502500397852(3900)00000000004800(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500397852(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
2502500397854

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** 32471412
Nombre MORALES GAVIRIA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500397854(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
2502500397854

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: MORALES GAVIRIA
Dirección:
Número: 32471412
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
2502500397854

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
2502500397854

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** 32471412
Nombre MORALES GAVIRIA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500397854(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
2502500397854

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 32471412
Nombre MORALES GAVIRIA
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)02502500397854(3900)00000000004800(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500397854(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
2502500397855

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** 1096195000
Nombre LILIBETH MORALES
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500397855(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
2502500397855

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: LILIBETH MORALES
Dirección:

Número: 1096195000
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
2502500397855

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
2502500397855

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** 1096195000
Nombre LILIBETH MORALES
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500397855(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
2502500397855

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 1096195000
Nombre LILIBETH MORALES
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)02502500397855(3900)00000000004800(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500397855(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
2502500397856

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** 1096195000
Nombre LILIBETH MORALES
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500397856(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
2502500397856

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: LILIBETH MORALES
Dirección:

Número: 1096195000
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
2502500397856

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
2502500397856

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** 1096195000
Nombre LILIBETH MORALES
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500397856(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
2502500397856

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 1096195000
Nombre LILIBETH MORALES
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)02502500397856(3900)00000000004800(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500397856(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
2502500397857

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** 13702944
Nombre WILLIAM MORENO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500397857(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
2502500397857

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: WILLIAM MORENO
Dirección:
Número: 13702944
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
2502500397857

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
2502500397857

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** 13702944
Nombre WILLIAM MORENO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500397857(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
2502500397857

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 13702944
Nombre WILLIAM MORENO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500397857(3900)00000000009500(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500397857(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
2502500397858

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** 37818831
Nombre DELGADO MORENO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500397858(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
2502500397858

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: DELGADO MORENO
Dirección:

Número: 37818831
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
2502500397858

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
2502500397858

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** 37818831
Nombre DELGADO MORENO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500397858(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
2502500397858

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 37818831
Nombre DELGADO MORENO
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)02502500397858(3900)00000000004800(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500397858(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
2502500397859

Contribuyente

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

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

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 63454534
Nombre MORENO GOMEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500397859(3900)00000000005280(96)20250704

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502500397859

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: MORENO GOMEZ
Dirección:
Número: 63454534
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
2502500397859

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
2502500397859

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** 63454534
Nombre MORENO GOMEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500397859(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
2502500397859

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 63454534
Nombre MORENO GOMEZ
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)02502500397859(3900)00000000004800(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500397859(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
2502500397860

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.** CE **Número** 63464067
Nombre MORENO SANDOVAL
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500397860(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
2502500397860

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CE
Nombre: MORENO SANDOVAL
Dirección:
Número: 63464067
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
2502500397860

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
2502500397860

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.** CE **Número** 63464067
Nombre MORENO SANDOVAL
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500397860(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
2502500397860

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CE **Número** 63464067
Nombre MORENO SANDOVAL
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)02502500397860(3900)00000000009500(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500397860(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
2502500397861

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** 1096237752
Nombre HERNANDO MONTEZUBA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500397861(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
2502500397861

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: HERNANDO MONTEZUBA
Dirección:
Número: 1096237752
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
2502500397861

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
2502500397861

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** 1096237752
Nombre HERNANDO MONTEZUBA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500397861(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
2502500397861

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 1096237752
Nombre HERNANDO MONTEZUBA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500397861(3900)00000000004800(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500397861(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
2502500397862

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** 63458465
Nombre ALIZABETH MOYA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500397862(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
2502500397862

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: ALIZABETH MOYA
Dirección:

Número: 63458465
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
2502500397862

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
2502500397862

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** 63458465
Nombre ALIZABETH MOYA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500397862(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
2502500397862

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 63458465
Nombre ALIZABETH MOYA
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)02502500397862(3900)00000000004800(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500397862(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
2502500397863

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** 13809166
Nombre HUMBERTO MUNEVAR
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500397863(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
2502500397863

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: HUMBERTO MUNEVAR
Dirección:
Número: 13809166
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
2502500397863

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
2502500397863

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** 13809166
Nombre HUMBERTO MUNEVAR
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500397863(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
2502500397863

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 13809166
Nombre HUMBERTO MUNEVAR
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500397863(3900)00000000009500(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500397863(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
2502500397864

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** 13809166
Nombre HUMBERTO MUNEVAR
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)0250250039786 4(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
2502500397864

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: HUMBERTO MUNEVAR
Dirección:
Número: 13809166
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
2502500397864

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
2502500397864

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** 13809166
Nombre HUMBERTO MUNEVAR
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)0250250039786 4(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
2502500397864

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 13809166
Nombre HUMBERTO MUNEVAR
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)0250250039786 4(3900)00000000009500(96)20250704

(415)8902012356006(8020)0250250039786 4(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
2502500397865

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** 13809166
Nombre HUMBERTO MUNEVAR
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500397865(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
2502500397865

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: HUMBERTO MUNEVAR
Dirección:
Número: 13809166
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
2502500397865

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
2502500397865

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** 13809166
Nombre HUMBERTO MUNEVAR
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500397865(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
2502500397865

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 13809166
Nombre HUMBERTO MUNEVAR
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)02502500397865(3900)00000000009500(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500397865(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
2502500397866

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** 1096190818
Nombre MAYRA MUÑOZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500397866(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
2502500397866

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: MAYRA MUÑOZ
Dirección:
Número: 1096190818
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
2502500397866

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
2502500397866

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** 1096190818
Nombre MAYRA MUÑOZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500397866(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
2502500397866

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 1096190818
Nombre MAYRA MUÑOZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500397866(3900)00000000004800(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500397866(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
2502500397867

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** 91427918
Nombre HERNANDO MURILLO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500397867(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
2502500397867

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: HERNANDO MURILLO
Dirección:
Número: 91427918
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
2502500397867

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
2502500397867

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** 91427918
Nombre HERNANDO MURILLO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500397867(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
2502500397867

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 91427918
Nombre HERNANDO MURILLO
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)02502500397867(3900)00000000004800(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500397867(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
2502500397868

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** 91427918
Nombre HERNANDO MURILLO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500397868(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
2502500397868

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: HERNANDO MURILLO
Dirección:
Número: 91427918
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
2502500397868

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
2502500397868

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** 91427918
Nombre HERNANDO MURILLO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500397868(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
2502500397868

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 91427918
Nombre HERNANDO MURILLO
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)02502500397868(3900)00000000009500(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500397868(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
2502500397869

Contribuyente

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

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

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Contribuyente **Tipo de Doc.** CC **Número** 13566439
Nombre HAMEL NAJERA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500397869(3900)00000000005280(96)20250704

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502500397869

Trámite CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: HAMEL NAJERA
Dirección:
Número: 13566439
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
2502500397869

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
2502500397869

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** 13566439
Nombre HAMEL NAJERA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500397869(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
2502500397869

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 13566439
Nombre HAMEL 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)02502500397869(3900)00000000004800(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500397869(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
2502500397870

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** 13742113
Nombre CESAR NARVAEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500397870(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
2502500397870

Trámite CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja**

Tipo de Doc. CC
Nombre: CESAR NARVAEZ
Dirección:

Número: 13742113
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
2502500397870

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
2502500397870

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** 13742113
Nombre CESAR NARVAEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500397870(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
2502500397870

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** CC **Número** 13742113
Nombre CESAR NARVAEZ
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)02502500397870(3900)00000000009500(96)20250704

(415)8902012356006(8020)02502500397870(3900)00000000000950(96)20250704

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