Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502600219025

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL	$5.800
Total Estampillas	**$5.800**
Ordenanza 012	$580
Total a Pagar	**$6.380**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 63465007
Nombre SANDRA MILENA PACHECO SALCEDO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502600219025(3900)00000000006380(96)20260328

Fecha de Expedición 2026/03/27 **Fecha Limite de Pago** 2026/03/28

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja - BARRANCABERMEJA**

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas **Recibo Nº** **2502600219025**

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja - BARRANCABERMEJA**

Tipo de Doc. C.C. Número: 63465007
Nombre: SANDRA MILENA PACHECO SALCEDO
Dirección: Teléfono:

PRO HOSPITAL	$5.800
Total Estampillas	**$5.800**
Ordenanza 012	$580
Total a Pagar	**$6.380**

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas **Recibo Nº** **2502600219025**

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja - BARRANCABERMEJA**

Total a Pagar **$6.380**

Fecha de Expedición 2026/03/27 **Fecha Limite de Pago** 2026/03/28

PRO HOSPITAL	$5.800
Total Estampillas	**$5.800**
Ordenanza 012	$580

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas **Recibo Nº** **2502600219025**

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja - BARRANCABERMEJA**

PRO HOSPITAL	$5.800
Total Estampillas	**$5.800**
Ordenanza 012	$580
Total a Pagar	**$6.380**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 63465007
Nombre SANDRA MILENA PACHECO SALCEDO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600219025(3900)00000000005800(96)20260328

Fecha de Expedición 2026/03/27
Fecha Limite de Pago 2026/03/28

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas **Recibo Nº** **2502600219025**

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 63465007
Nombre SANDRA MILENA PACHECO SALCEDO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600219025(3900)00000000005800(96)20260328

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja - BARRANCABERMEJA**

Fecha de Expedición 2026/03/27

Total a Pagar **$6.380**

(415)8902012356006(8020)02502600219025(3900)00000000000580(96)20260328

PRO HOSPITAL $5.800

BP G. 11048001150-1
BP SYC. 22048012843-8

Total Estampillas	**$5.800**
Ordenanza 012	$580

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502600219033

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL	$5.800
Total Estampillas	**$5.800**
Ordenanza 012	$580
Total a Pagar	**$6.380**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 63531182
Nombre DIANA PAOLA VILLAMIZAR VASQUEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio BARRANCABERMEJA **Departamento** SANTANDER

(415)7709998038639(8020)02502600219033(3900)00000000006380(96)20260328

Fecha de Expedición 2026/03/27 **Fecha Limite de Pago** 2026/03/28

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja - BARRANCABERMEJA**

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502600219033

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja - BARRANCABERMEJA**

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: DIANA PAOLA VILLAMIZAR VASQUEZ
Dirección:
Número: 63531182
Teléfono:

PRO HOSPITAL	$5.800
Total Estampillas	**$5.800**
Ordenanza 012	$580
Total a Pagar	**$6.380**

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502600219033

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja - BARRANCABERMEJA**

Total a Pagar	**$6.380**

Fecha de Expedición 2026/03/27 **Fecha Limite de Pago** 2026/03/28

PRO HOSPITAL $5.800

Total Estampillas **$5.800**
Ordenanza 012 $580

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502600219033

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja - BARRANCABERMEJA**

PRO HOSPITAL	$5.800
Total Estampillas	**$5.800**
Ordenanza 012	$580
Total a Pagar	**$6.380**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 63531182
Nombre DIANA PAOLA VILLAMIZAR VASQUEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio BARRANCABERMEJA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600219033(3900)00000000005800(96)20260328

Fecha de Expedición 2026/03/27
Fecha Limite de Pago 2026/03/28

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502600219033

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 63531182
Nombre DIANA PAOLA VILLAMIZAR VASQUEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio BARRANCABERMEJA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600219033(3900)00000000005800(96)20260328

(415)8902012356006(8020)02502600219033(3900)00000000000580(96)20260328

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja - BARRANCABERMEJA**

Fecha de Expedición 2026/03/27

Total a Pagar	**$6.380**

PRO HOSPITAL $5.800

BP G. 11048001150-1
BP SYC. 22048012843-8

Total Estampillas **$5.800**
Ordenanza 012 $580

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502600219002

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL	$5.800
Total Estampillas	**$5.800**
Ordenanza 012	$580
Total a Pagar	**$6.380**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 13882515
Nombre ARMANDO CEDIEL TELLO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento** SANTANDER

(415)7709998038639(8020)02502600219002(3900)00000000006380(96)20260328

Fecha de Expedición 2026/03/27 **Fecha Limite de Pago** 2026/03/28

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja - BARRANCABERMEJA**

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas **Recibo Nº** **2502600219002**

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja - BARRANCABERMEJA**

Tipo de Doc. C.C. Número: 13882515
Nombre: ARMANDO CEDIEL TELLO
Dirección: Teléfono:

PRO HOSPITAL	$5.800
Total Estampillas	**$5.800**
Ordenanza 012	$580
Total a Pagar	**$6.380**

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas **Recibo Nº** **2502600219002**

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja - BARRANCABERMEJA**

Total a Pagar **$6.380**

Fecha de Expedición 2026/03/27 **Fecha Limite de Pago** 2026/03/28

PRO HOSPITAL $5.800

Total Estampillas **$5.800**
Ordenanza 012 $580

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas **Recibo Nº** **2502600219002**

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja - BARRANCABERMEJA**

PRO HOSPITAL	$5.800
Total Estampillas	**$5.800**
Ordenanza 012	$580
Total a Pagar	**$6.380**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 13882515
Nombre ARMANDO CEDIEL TELLO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600219002(3900)00000000005800(96)20260328

Fecha de Expedición 2026/03/27
Fecha Limite de Pago 2026/03/28

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas **Recibo Nº** **2502600219002**

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 13882515
Nombre ARMANDO CEDIEL TELLO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600219002(3900)00000000005800(96)20260328

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja - BARRANCABERMEJA**

Fecha de Expedición 2026/03/27

Total a Pagar **$6.380**

(415)8902012356006(8020)02502600219002(3900)00000000000580(96)20260328

PRO HOSPITAL $5.800

BP G. 11048001150-1
BP SYC. 22048012843-8

Total Estampillas **$5.800**
Ordenanza 012 $580

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502600219003

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL	$5.800
Total Estampillas	**$5.800**
Ordenanza 012	$580
Total a Pagar	**$6.380**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 13882515
Nombre ARMANDO CEDIEL TELLO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento** SANTANDER

(415)7709998038639(8020)02502600219003(3900)00000000006380(96)20260328

Fecha de Expedición 2026/03/27 **Fecha Limite de Pago** 2026/03/28

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja - BARRANCABERMEJA**

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas **Recibo Nº** **2502600219003**

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja - BARRANCABERMEJA**

Tipo de Doc. C.C. Número: 13882515
Nombre: ARMANDO CEDIEL TELLO
Dirección: Teléfono:

PRO HOSPITAL	$5.800
Total Estampillas	**$5.800**
Ordenanza 012	$580
Total a Pagar	**$6.380**

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas **Recibo Nº** **2502600219003**

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja - BARRANCABERMEJA**

Total a Pagar **$6.380**

Fecha de Expedición 2026/03/27 **Fecha Limite de Pago** 2026/03/28

PRO HOSPITAL	$5.800
Total Estampillas	**$5.800**
Ordenanza 012	$580

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas **Recibo Nº** **2502600219003**

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja - BARRANCABERMEJA**

PRO HOSPITAL	$5.800
Total Estampillas	**$5.800**
Ordenanza 012	$580
Total a Pagar	**$6.380**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 13882515
Nombre ARMANDO CEDIEL TELLO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600219003(3900)00000000005800(96)20260328

Fecha de Expedición 2026/03/27
Fecha Limite de Pago 2026/03/28

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas **Recibo Nº** **2502600219003**

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 13882515
Nombre ARMANDO CEDIEL TELLO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600219003(3900)00000000005800(96)20260328

(415)8902012356006(8020)02502600219003(3900)00000000000580(96)20260328

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja - BARRANCABERMEJA**

Fecha de Expedición 2026/03/27

Total a Pagar **$6.380**

PRO HOSPITAL $5.800

BP G. 11048001150-1
BP SYC. 22048012843-8

Total Estampillas	**$5.800**
Ordenanza 012	$580

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502600219016

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL	$5.800
Total Estampillas	**$5.800**
Ordenanza 012	$580
Total a Pagar	**$6.380**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 63459160
Nombre MYRIAN STELLA TANG MARTINEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio BARRANCABERMEJA **Departamento** SANTANDER

(415)7709998038639(8020)02502600219016(3900)00000000006380(96)20260328

Fecha de Expedición 2026/03/27 **Fecha Limite de Pago** 2026/03/28

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja - BARRANCABERMEJA**

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502600219016

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja - BARRANCABERMEJA**

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: MYRIAN STELLA TANG MARTINEZ
Dirección:
Número: 63459160
Teléfono:

PRO HOSPITAL	$5.800
Total Estampillas	**$5.800**
Ordenanza 012	$580
Total a Pagar	**$6.380**

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502600219016

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja - BARRANCABERMEJA**

Total a Pagar	**$6.380**

Fecha de Expedición 2026/03/27 **Fecha Limite de Pago** 2026/03/28

PRO HOSPITAL	$5.800
Total Estampillas	**$5.800**
Ordenanza 012	$580

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502600219016

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja - BARRANCABERMEJA**

PRO HOSPITAL	$5.800
Total Estampillas	**$5.800**
Ordenanza 012	$580
Total a Pagar	**$6.380**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 63459160
Nombre MYRIAN STELLA TANG MARTINEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio BARRANCABERMEJA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600219016(3900)00000000005800(96)20260328

Fecha de Expedición 2026/03/27
Fecha Limite de Pago 2026/03/28

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502600219016

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 63459160
Nombre MYRIAN STELLA TANG MARTINEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio BARRANCABERMEJA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600219016(3900)00000000005800(96)20260328

(415)8902012356006(8020)02502600219016(3900)00000000000580(96)20260328

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja - BARRANCABERMEJA**

Fecha de Expedición 2026/03/27

Total a Pagar	**$6.380**

PRO HOSPITAL $5.800

BP G. 11048001150-1
BP SYC. 22048012843-8

Total Estampillas	**$5.800**
Ordenanza 012	$580

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502600219017

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL	$5.800
Total Estampillas	**$5.800**
Ordenanza 012	$580
Total a Pagar	**$6.380**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 63459160
Nombre MYRIAN STELLA TANG MARTINEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio BARRANCABERMEJA **Departamento** SANTANDER

(415)7709998038639(8020)02502600219017(3900)00000000006380(96)20260328

Fecha de Expedición 2026/03/27 **Fecha Limite de Pago** 2026/03/28

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja - BARRANCABERMEJA**

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502600219017

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja - BARRANCABERMEJA**

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: MYRIAN STELLA TANG MARTINEZ
Dirección:
Número: 63459160
Teléfono:

PRO HOSPITAL	$5.800
Total Estampillas	**$5.800**
Ordenanza 012	$580
Total a Pagar	**$6.380**

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502600219017

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja - BARRANCABERMEJA**

Total a Pagar	**$6.380**

Fecha de Expedición 2026/03/27 **Fecha Limite de Pago** 2026/03/28

PRO HOSPITAL	$5.800
Total Estampillas	**$5.800**
Ordenanza 012	$580

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502600219017

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja - BARRANCABERMEJA**

PRO HOSPITAL	$5.800
Total Estampillas	**$5.800**
Ordenanza 012	$580
Total a Pagar	**$6.380**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 63459160
Nombre MYRIAN STELLA TANG MARTINEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio BARRANCABERMEJA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600219017(3900)00000000005800(96)20260328

Fecha de Expedición 2026/03/27
Fecha Limite de Pago 2026/03/28

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502600219017

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 63459160
Nombre MYRIAN STELLA TANG MARTINEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio BARRANCABERMEJA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600219017(3900)00000000005800(96)20260328

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja - BARRANCABERMEJA**

Fecha de Expedición 2026/03/27

Total a Pagar	**$6.380**

(415)8902012356006(8020)02502600219017(3900)00000000000580(96)20260328

PRO HOSPITAL $5.800

BP G. 11048001150-1
BP SYC. 22048012843-8

Total Estampillas	**$5.800**
Ordenanza 012	$580

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502600219024

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL	$5.800
Total Estampillas	**$5.800**
Ordenanza 012	$580
Total a Pagar	**$6.380**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 63465007
Nombre SANDRA MILENA PACHECO SALCEDO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502600219024(3900)00000000006380(96)20260328

Fecha de Expedición 2026/03/27 **Fecha Limite de Pago** 2026/03/28

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja - BARRANCABERMEJA**

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas **Recibo Nº** **2502600219024**

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja - BARRANCABERMEJA**

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: SANDRA MILENA PACHECO SALCEDO
Dirección:
Número: 63465007
Teléfono:

PRO HOSPITAL	$5.800
Total Estampillas	**$5.800**
Ordenanza 012	$580
Total a Pagar	**$6.380**

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas **Recibo Nº** **2502600219024**

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja - BARRANCABERMEJA**

Total a Pagar **$6.380**

Fecha de Expedición 2026/03/27 **Fecha Limite de Pago** 2026/03/28

PRO HOSPITAL	$5.800
Total Estampillas	**$5.800**
Ordenanza 012	$580

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas **Recibo Nº** **2502600219024**

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja - BARRANCABERMEJA**

PRO HOSPITAL	$5.800
Total Estampillas	**$5.800**
Ordenanza 012	$580
Total a Pagar	**$6.380**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 63465007
Nombre SANDRA MILENA PACHECO SALCEDO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600219024(3900)00000000005800(96)20260328

Fecha de Expedición 2026/03/27
Fecha Limite de Pago 2026/03/28

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas **Recibo Nº** **2502600219024**

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 63465007
Nombre SANDRA MILENA PACHECO SALCEDO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600219024(3900)00000000005800(96)20260328

(415)8902012356006(8020)02502600219024(3900)00000000000580(96)20260328

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja - BARRANCABERMEJA**

Fecha de Expedición 2026/03/27

Total a Pagar **$6.380**

PRO HOSPITAL $5.800

BP G. 11048001150-1

BP SYC. 22048012843-8

Total Estampillas	**$5.800**
Ordenanza 012	$580

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502600219034

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL	$5.800
Total Estampillas	**$5.800**
Ordenanza 012	$580
Total a Pagar	**$6.380**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 63531182
Nombre DIANA PAOLA VILLAMIZAR VASQUEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio BARRANCABERMEJA **Departamento** SANTANDER

(415)7709998038639(8020)02502600219034(3900)00000000006380(96)20260328

Fecha de Expedición 2026/03/27 **Fecha Limite de Pago** 2026/03/28

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja - BARRANCABERMEJA**

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas **Recibo Nº** **2502600219034**

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja - BARRANCABERMEJA**

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: DIANA PAOLA VILLAMIZAR VASQUEZ
Dirección:
Número: 63531182
Teléfono:

PRO HOSPITAL	$5.800
Total Estampillas	**$5.800**
Ordenanza 012	$580
Total a Pagar	**$6.380**

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas **Recibo Nº** **2502600219034**

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja - BARRANCABERMEJA**

Total a Pagar **$6.380**

Fecha de Expedición 2026/03/27 **Fecha Limite de Pago** 2026/03/28

PRO HOSPITAL $5.800

Total Estampillas **$5.800**
Ordenanza 012 $580

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas **Recibo Nº** **2502600219034**

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja - BARRANCABERMEJA**

PRO HOSPITAL	$5.800
Total Estampillas	**$5.800**
Ordenanza 012	$580
Total a Pagar	**$6.380**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 63531182
Nombre DIANA PAOLA VILLAMIZAR VASQUEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio BARRANCABERMEJA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600219034(3900)00000000005800(96)20260328

Fecha de Expedición 2026/03/27
Fecha Limite de Pago 2026/03/28

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas **Recibo Nº** **2502600219034**

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 63531182
Nombre DIANA PAOLA VILLAMIZAR VASQUEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio BARRANCABERMEJA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600219034(3900)00000000005800(96)20260328

(415)8902012356006(8020)02502600219034(3900)00000000000580(96)20260328

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja - BARRANCABERMEJA**

Fecha de Expedición 2026/03/27

Total a Pagar **$6.380**

PRO HOSPITAL $5.800

BP G. 11048001150-1
BP SYC. 22048012843-8

Total Estampillas **$5.800**
Ordenanza 012 $580

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502600219035

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL	$5.800
Total Estampillas	**$5.800**
Ordenanza 012	$580
Total a Pagar	**$6.380**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 63531182
Nombre DIANA PAOLA VILLAMIZAR VASQUEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio BARRANCABERMEJA **Departamento** SANTANDER

(415)7709998038639(8020)02502600219035(3900)00000000006380(96)20260328

Fecha de Expedición 2026/03/27 **Fecha Limite de Pago** 2026/03/28

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja - BARRANCABERMEJA**

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502600219035

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja - BARRANCABERMEJA**

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: DIANA PAOLA VILLAMIZAR VASQUEZ
Dirección:
Número: 63531182
Teléfono:

PRO HOSPITAL	$5.800
Total Estampillas	**$5.800**
Ordenanza 012	$580
Total a Pagar	**$6.380**

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502600219035

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja - BARRANCABERMEJA**

Total a Pagar	**$6.380**

Fecha de Expedición 2026/03/27 **Fecha Limite de Pago** 2026/03/28

PRO HOSPITAL	$5.800
Total Estampillas	**$5.800**
Ordenanza 012	$580

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502600219035

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja - BARRANCABERMEJA**

PRO HOSPITAL	$5.800
Total Estampillas	**$5.800**
Ordenanza 012	$580
Total a Pagar	**$6.380**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 63531182
Nombre DIANA PAOLA VILLAMIZAR VASQUEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio BARRANCABERMEJA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600219035(3900)00000000005800(96)20260328

Fecha de Expedición 2026/03/27
Fecha Limite de Pago 2026/03/28

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502600219035

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 63531182
Nombre DIANA PAOLA VILLAMIZAR VASQUEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio BARRANCABERMEJA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600219035(3900)00000000005800(96)20260328

(415)8902012356006(8020)02502600219035(3900)00000000000580(96)20260328

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja - BARRANCABERMEJA**

Fecha de Expedición 2026/03/27

Total a Pagar	**$6.380**

PRO HOSPITAL $5.800

BP G. 11048001150-1
BP SYC. 22048012843-8

Total Estampillas	**$5.800**
Ordenanza 012	$580

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502600219036

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL	$5.800
Total Estampillas	**$5.800**
Ordenanza 012	$580
Total a Pagar	**$6.380**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 63531182
Nombre DIANA PAOLA VILLAMIZAR VASQUEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio BARRANCABERMEJA **Departamento** SANTANDER

(415)7709998038639(8020)02502600219036(3900)00000000006380(96)20260328

Fecha de Expedición 2026/03/27 **Fecha Limite de Pago** 2026/03/28

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja - BARRANCABERMEJA**

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas **Recibo Nº** **2502600219036**

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja - BARRANCABERMEJA**

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: DIANA PAOLA VILLAMIZAR VASQUEZ
Dirección:
Número: 63531182
Teléfono:

PRO HOSPITAL $5.800

Total Estampillas **$5.800**
Ordenanza 012 $580
Total a Pagar **$6.380**

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas **Recibo Nº** **2502600219036**

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja - BARRANCABERMEJA**

Total a Pagar **$6.380**

Fecha de Expedición 2026/03/27 **Fecha Limite de Pago** 2026/03/28

PRO HOSPITAL $5.800

Total Estampillas **$5.800**
Ordenanza 012 $580

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas **Recibo Nº** **2502600219036**

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja - BARRANCABERMEJA**

PRO HOSPITAL	$5.800
Total Estampillas	**$5.800**
Ordenanza 012	$580
Total a Pagar	**$6.380**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 63531182
Nombre DIANA PAOLA VILLAMIZAR VASQUEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio BARRANCABERMEJA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600219036(3900)00000000005800(96)20260328

Fecha de Expedición 2026/03/27
Fecha Limite de Pago 2026/03/28

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas **Recibo Nº** **2502600219036**

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 63531182
Nombre DIANA PAOLA VILLAMIZAR VASQUEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio BARRANCABERMEJA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600219036(3900)00000000005800(96)20260328

(415)8902012356006(8020)02502600219036(3900)00000000000580(96)20260328

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Barrancabermeja - BARRANCABERMEJA**

Fecha de Expedición 2026/03/27

Total a Pagar **$6.380**

PRO HOSPITAL $5.800

BP G. 11048001150-1
BP SYC. 22048012843-8

Total Estampillas **$5.800**
Ordenanza 012 $580