# Recaudo de Estampillas

**Gobernación de Santander**
**Secretaría de Hacienda**

**Recibo Nº**
**2502600219656**

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** 13891692
**Nombre** OMAR ANTONIO VANEGAS PEDROZA
**Dirección** **Teléfono**
**Municipio** **Departamento** SANTANDER

(415)7709998038639(8020)02502600219656(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
2502600219656

**Trámite** CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C. Número: 13891692
Nombre: OMAR ANTONIO VANEGAS PEDROZA
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
2502600219656

**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
2502600219656

**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** 13891692
**Nombre** OMAR ANTONIO VANEGAS PEDROZA
**Dirección** **Teléfono**
**Municipio** **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600219656(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
2502600219656

**Con ribuyen e** **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 13891692
**Nombre** OMAR ANTONIO VANEGAS PEDROZA
**Dirección** **Teléfono**
**Municipio** **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600219656(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)02502600219656(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**
**2502600219671**

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** 13569350
**Nombre** ALEXANDER ROMERO ROMERO
**Dirección** **Teléfono**
**Municipio** **Departamento** SANTANDER

(415)7709998038639(8020)02502600219671(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**
**2502600219671**

**Trámite** CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: ALEXANDER ROMERO ROMERO
Dirección:
Número: 13569350
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**
**2502600219671**

**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**
**2502600219671**

**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** 13569350
**Nombre** ALEXANDER ROMERO ROMERO
**Dirección** **Teléfono**
**Municipio** **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600219671(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**
**2502600219671**

**Con ribuyen e** **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 13569350
**Nombre** ALEXANDER ROMERO ROMERO
**Dirección** **Teléfono**
**Municipio** **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600219671(3900)00000000005800(96)20260328

(415)8902012356006(8020)02502600219671(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**
**2502600219589**

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** 1096237245
**Nombre** LACHE REYES LACHE REYES
**Dirección** **Teléfono**
**Municipio** **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502600219589(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** **2502600219589**

**Trámite** CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: LACHE REYES LACHE REYES
Dirección:
Número: 1096237245
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** **2502600219589**

**Trámite** CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

| | |
|---|---|
| PRO HOSPITAL | $5.800 |
| **Total a Pagar** | **$6.380** |

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

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

---

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

**Recaudo de Estampillas** **Recibo Nº** **2502600219589**

**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** 1096237245
**Nombre** LACHE REYES LACHE REYES
**Dirección** **Teléfono**
**Municipio** **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600219589(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** **2502600219589**

**Con ribuyen e** **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1096237245
**Nombre** LACHE REYES LACHE REYES
**Dirección** **Teléfono**
**Municipio** **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600219589(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)02502600219589(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**
**2502600219595**

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.** N.I. **Número** 846000560
**Nombre** H.G. TRANSPORTES Y SERVICIOS E.U.
**Dirección** **Teléfono**
**Municipio** **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502600219595(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**
**2502600219595**

**Trámite** CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. N.I.
Nombre: H.G. TRANSPORTES Y SERVICIOS E.U.
Dirección:
Número: 846000560
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**
**2502600219595**

**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**
**2502600219595**

**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.** N.I. **Número** 846000560
**Nombre** H.G. TRANSPORTES Y SERVICIOS E.U.
**Dirección** **Teléfono**
**Municipio** **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600219595(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**
**2502600219595**

**Con ribuyen e** **Tipo de Doc.** N.I. **Número** 846000560
**Nombre** H.G. TRANSPORTES Y SERVICIOS E.U.
**Dirección** **Teléfono**
**Municipio** **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600219595(3900)00000000005800(96)20260328

(415)8902012356006(8020)02502600219595(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**
**2502600219654**

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** 28014110
**Nombre** ANA MERCEDES PORRAS ATENCIA
**Dirección** **Teléfono**
**Municipio** **Departamento** SANTANDER

(415)7709998038639(8020)02502600219654(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**
**2502600219654**

**Trámite** CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: ANA MERCEDES PORRAS ATENCIA
Dirección:
Número: 28014110
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**
**2502600219654**

**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**
**2502600219654**

**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** 28014110
**Nombre** ANA MERCEDES PORRAS ATENCIA
**Dirección** **Teléfono**
**Municipio** **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600219654(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**
**2502600219654**

**Con ribuyen e** **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 28014110
**Nombre** ANA MERCEDES PORRAS ATENCIA
**Dirección** **Teléfono**
**Municipio** **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600219654(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)02502600219654(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**
**2502600219657**

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** 63464589
**Nombre** DEYSI CECILIA OVIEDO BELEÑO
**Dirección** **Teléfono**
**Municipio** **Departamento** SANTANDER

(415)7709998038639(8020)02502600219657(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
2502600219657

**Trámite** CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C. Número: 63464589
Nombre: DEYSI CECILIA OVIEDO BELEÑO
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
2502600219657

**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
2502600219657

**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** 63464589
**Nombre** DEYSI CECILIA OVIEDO BELEÑO
**Dirección** **Teléfono**
**Municipio** **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600219657(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
2502600219657

**Con ribuyen e** **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 63464589
**Nombre** DEYSI CECILIA OVIEDO BELEÑO
**Dirección** **Teléfono**
**Municipio** **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600219657(3900)00000000005800(96)20260328

(415)8902012356006(8020)02502600219657(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**
**2502600219667**

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** 91432050
**Nombre** HERRERA CORTES HERRERA CORTES
**Dirección** **Teléfono**
**Municipio** **Departamento** SANTANDER

(415)7709998038639(8020)02502600219667(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** **2502600219667**

**Trámite** CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: HERRERA CORTES HERRERA CORTES
Dirección:
Número: 91432050
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** **2502600219667**

**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** **2502600219667**

**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** 91432050
**Nombre** HERRERA CORTES HERRERA CORTES
**Dirección** **Teléfono**
**Municipio** **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600219667(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** **2502600219667**

**Con ribuyen e** **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 91432050
**Nombre** HERRERA CORTES HERRERA CORTES
**Dirección** **Teléfono**
**Municipio** **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600219667(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)02502600219667(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**
**2502600219672**

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** 13569350
**Nombre** ALEXANDER ROMERO ROMERO
**Dirección** **Teléfono**
**Municipio** **Departamento** SANTANDER

(415)7709998038639(8020)02502600219672(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** **2502600219672**

**Trámite** CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C. Número: 13569350
Nombre: ALEXANDER ROMERO ROMERO
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** **2502600219672**

**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** **2502600219672**

**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** 13569350
**Nombre** ALEXANDER ROMERO ROMERO
**Dirección** **Teléfono**
**Municipio** **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600219672(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** **2502600219672**

**Con ribuyen e** **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 13569350
**Nombre** ALEXANDER ROMERO ROMERO
**Dirección** **Teléfono**
**Municipio** **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600219672(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)02502600219672(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**
**2502600219677**

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** 13354105
**Nombre** MOYA RUIDIAZ MOYA RUIDIAZ
**Dirección** **Teléfono**
**Municipio** **Departamento** SANTANDER

(415)7709998038639(8020)02502600219677(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**
**2502600219677**

**Trámite** CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: MOYA RUIDIAZ MOYA RUIDIAZ
Dirección:
Número: 13354105
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**
**2502600219677**

**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**
**2502600219677**

**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** 13354105
**Nombre** MOYA RUIDIAZ MOYA RUIDIAZ
**Dirección** **Teléfono**
**Municipio** **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600219677(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**
**2502600219677**

**Con ribuyen e** **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 13354105
**Nombre** MOYA RUIDIAZ MOYA RUIDIAZ
**Dirección** **Teléfono**
**Municipio** **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600219677(3900)00000000005800(96)20260328

(415)8902012356006(8020)02502600219677(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**
**2502600219684**

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** 63474066
**Nombre** LUZMILA MEJIA VARGAS
**Dirección** **Teléfono**
**Municipio** BUCARAMANGA **Departamento** SANTANDER

(415)7709998038639(8020)02502600219684(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** **2502600219684**

**Trámite** CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: LUZMILA MEJIA VARGAS
Dirección:
Número: 63474066
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** **2502600219684**

**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** **2502600219684**

**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** 63474066
**Nombre** LUZMILA MEJIA VARGAS
**Dirección** **Teléfono**
**Municipio** BUCARAMANGA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600219684(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** **2502600219684**

**Con ribuyen e** **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 63474066
**Nombre** LUZMILA MEJIA VARGAS
**Dirección** **Teléfono**
**Municipio** BUCARAMANGA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600219684(3900)00000000005800(96)20260328

(415)8902012356006(8020)02502600219684(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 |