Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502600219799

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** 1095829096
Nombre KARINA ESPITIA LOPEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502600219799(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
2502600219799

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: KARINA ESPITIA LOPEZ
Dirección:
Número: 1095829096
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
2502600219799

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
2502600219799

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** 1095829096
Nombre KARINA ESPITIA LOPEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600219799(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
2502600219799

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1095829096
Nombre KARINA ESPITIA LOPEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600219799(3900)00000000005800(96)20260328

(415)8902012356006(8020)02502600219799(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
2502600219800

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** 1096211135
Nombre KEYLA PATRICIA PINEDA HERNANDEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502600219800(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** **2502600219800**

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: KEYLA PATRICIA PINEDA HERNANDEZ
Dirección:
Número: 1096211135
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** **2502600219800**

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** **2502600219800**

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** 1096211135
Nombre KEYLA PATRICIA PINEDA HERNANDEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600219800(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** **2502600219800**

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1096211135
Nombre KEYLA PATRICIA PINEDA HERNANDEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600219800(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)02502600219800(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
2502600219759

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** 1096206913
Nombre MARCELA VALBUENA HERNANDEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento** SANTANDER

(415)7709998038639(8020)02502600219759(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** **2502600219759**

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: MARCELA VALBUENA HERNANDEZ
Dirección:
Número: 1096206913
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** **2502600219759**

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** **2502600219759**

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** 1096206913
Nombre MARCELA VALBUENA HERNANDEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600219759(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** **2502600219759**

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1096206913
Nombre MARCELA VALBUENA HERNANDEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600219759(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)02502600219759(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
2502600219762

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** 13887631
Nombre TRASLAVIÑA ADOLFO VILLABONA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento** SANTANDER

(415)7709998038639(8020)02502600219762(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** **2502600219762**

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C. Número: 13887631
Nombre: TRASLAVIÑA ADOLFO VILLABONA
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** **2502600219762**

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** **2502600219762**

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** 13887631
Nombre TRASLAVIÑA ADOLFO VILLABONA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600219762(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** **2502600219762**

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 13887631
Nombre TRASLAVIÑA ADOLFO VILLABONA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600219762(3900)00000000005800(96)20260328

(415)8902012356006(8020)02502600219762(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
2502600219763

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** 91423371
Nombre RICARDO ANIBAL SARMIENTO DURAN
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502600219763(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** **2502600219763**

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: RICARDO ANIBAL SARMIENTO DURAN
Dirección:
Número: 91423371
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** **2502600219763**

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** **2502600219763**

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** 91423371
Nombre RICARDO ANIBAL SARMIENTO DURAN
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600219763(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** **2502600219763**

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 91423371
Nombre RICARDO ANIBAL SARMIENTO DURAN
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Fecha de Expedición 2026/03/27

Total a Pagar **$6.380**

(415)8902012356005(8020)02502600219763(3900)00000000005800(96)20260328

(415)8902012356006(8020)02502600219763(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
2502600219765

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** 91423371
Nombre RICARDO ANIBAL SARMIENTO DURAN
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502600219765(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
2502600219765

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: RICARDO ANIBAL SARMIENTO DURAN
Dirección:
Número: 91423371
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
2502600219765

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
2502600219765

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** 91423371
Nombre RICARDO ANIBAL SARMIENTO DURAN
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600219765(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
2502600219765

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 91423371
Nombre RICARDO ANIBAL SARMIENTO DURAN
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600219765(3900)00000000005800(96)20260328

(415)8902012356006(8020)02502600219765(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
2502600219768

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** 37579797
Nombre MARIA ALEXANDRA GARZON SERRANO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502600219768(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
2502600219768

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C. Número: 37579797
Nombre: MARIA ALEXANDRA GARZON SERRANO
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
2502600219768

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
2502600219768

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** 37579797
Nombre MARIA ALEXANDRA GARZON SERRANO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600219768(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
2502600219768

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 37579797
Nombre MARIA ALEXANDRA GARZON SERRANO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600219768(3900)00000000005800(96)20260328

(415)8902012356006(8020)02502600219768(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
2502600219783

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** 63456728
Nombre CILIA ROSA VASQUEZ BARRAGAN
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento** SANTANDER

(415)7709998038639(8020)02502600219783(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
2502600219783

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: CILIA ROSA VASQUEZ BARRAGAN
Dirección:
Número: 63456728
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
2502600219783

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
2502600219783

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** 63456728
Nombre CILIA ROSA VASQUEZ BARRAGAN
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600219783(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
2502600219783

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 63456728
Nombre CILIA ROSA VASQUEZ BARRAGAN
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600219783(3900)00000000005800(96)20260328

(415)8902012356006(8020)02502600219783(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
2502600219797

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** 91321164
Nombre PEDRO ANTONIO CEPEDA RIOS
Dirección **Teléfono**
Municipio BARRANCABERMEJA **Departamento** SANTANDER

(415)7709998038639(8020)02502600219797(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
2502600219797

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: PEDRO ANTONIO CEPEDA RIOS
Dirección:
Número: 91321164
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
2502600219797

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
2502600219797

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** 91321164
Nombre PEDRO ANTONIO CEPEDA RIOS
Dirección **Teléfono**
Municipio BARRANCABERMEJA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600219797(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
2502600219797

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 91321164
Nombre PEDRO ANTONIO CEPEDA RIOS
Dirección **Teléfono**
Municipio BARRANCABERMEJA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600219797(3900)00000000005800(96)20260328

(415)8902012356006(8020)02502600219797(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
2502600219802

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** 1096184850
Nombre ERWIN QUINTANILLA HERNADEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio BARRANCABERMEJA **Departamento** SANTANDER

(415)7709998038639(8020)02502600219802(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
2502600219802

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: ERWIN QUINTANILLA HERNADEZ
Dirección:
Número: 1096184850
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
2502600219802

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
2502600219802

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** 1096184850
Nombre ERWIN QUINTANILLA HERNADEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio BARRANCABERMEJA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600219802(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
2502600219802

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1096184850
Nombre ERWIN QUINTANILLA HERNADEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio BARRANCABERMEJA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600219802(3900)00000000005800(96)20260328

(415)8902012356006(8020)02502600219802(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