Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502600221358

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** 1096252399
Nombre KAREN JULIETH AMADO MONTES
Dirección **Teléfono**
Municipio BARRANCABERMEJA **Departamento** SANTANDER

(415)7709998038639(8020)02502600221358(3900)00000000006380(96)20260331

Fecha de Expedición 2026/03/30 **Fecha Limite de Pago** 2026/03/31

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

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502600221358

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: KAREN JULIETH AMADO MONTES
Dirección:
Número: 1096252399
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
2502600221358

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Total a Pagar **$6.380**

Fecha de Expedición 2026/03/30 **Fecha Limite de Pago** 2026/03/31

PRO HOSPITAL $5.800

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

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502600221358

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** 1096252399
Nombre KAREN JULIETH AMADO MONTES
Dirección **Teléfono**
Municipio BARRANCABERMEJA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600221358(3900)00000000005800(96)20260331

Fecha de Expedición 2026/03/30
Fecha Limite de Pago 2026/03/31

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502600221358

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1096252399
Nombre KAREN JULIETH AMADO MONTES
Dirección **Teléfono**
Municipio BARRANCABERMEJA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600221358(3900)00000000005800(96)20260331

(415)8902012356006(8020)02502600221358(3900)00000000000580(96)20260331

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Fecha de Expedición 2026/03/30

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
2502600221367

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** 43509489
Nombre ANA ISABEL FRANCO RAMIREZ
Dirección **Teléfono**
Municipio BUCARAMANGA **Departamento** SANTANDER

(415)7709998038639(8020)02502600221367(3900)00000000006380(96)20260331

Fecha de Expedición 2026/03/30 **Fecha Limite de Pago** 2026/03/31

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

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502600221367

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C. Número: 43509489
Nombre: ANA ISABEL FRANCO RAMIREZ
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
2502600221367

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Total a Pagar **$6.380**

Fecha de Expedición 2026/03/30 **Fecha Limite de Pago** 2026/03/31

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

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502600221367

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** 43509489
Nombre ANA ISABEL FRANCO RAMIREZ
Dirección **Teléfono**
Municipio BUCARAMANGA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600221367(3900)00000000005800(96)20260331

Fecha de Expedición 2026/03/30
Fecha Limite de Pago 2026/03/31

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502600221367

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 43509489
Nombre ANA ISABEL FRANCO RAMIREZ
Dirección **Teléfono**
Municipio BUCARAMANGA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600221367(3900)00000000005800(96)20260331

(415)8902012356006(8020)02502600221367(3900)00000000000580(96)20260331

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Fecha de Expedición 2026/03/30

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
2502600221377

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** 63469923
Nombre LUZ STELLA QUINTERO SANCHEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio BUCARAMANGA **Departamento** SANTANDER

(415)7709998038639(8020)02502600221377(3900)00000000006380(96)20260331

Fecha de Expedición 2026/03/30 **Fecha Limite de Pago** 2026/03/31

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

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502600221377

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: LUZ STELLA QUINTERO SANCHEZ
Dirección:
Número: 63469923
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
2502600221377

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Total a Pagar **$6.380**

Fecha de Expedición 2026/03/30 **Fecha Limite de Pago** 2026/03/31

PRO HOSPITAL $5.800

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

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502600221377

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** 63469923
Nombre LUZ STELLA QUINTERO SANCHEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio BUCARAMANGA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600221377(3900)00000000005800(96)20260331

Fecha de Expedición 2026/03/30
Fecha Limite de Pago 2026/03/31

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502600221377

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 63469923
Nombre LUZ STELLA QUINTERO SANCHEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio BUCARAMANGA **Departamento** SANTANDER

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Fecha de Expedición 2026/03/30

Total a Pagar **$6.380**

(415)8902012356005(8020)02502600221377(3900)00000000005800(96)20260331

(415)8902012356006(8020)02502600221377(3900)00000000000580(96)20260331

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
2502600221353

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** 17952984
Nombre ROMERO HERNANDO ESPINEL
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502600221353(3900)00000000006380(96)20260331

Fecha de Expedición 2026/03/30 **Fecha Limite de Pago** 2026/03/31

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

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas **Recibo Nº** **2502600221353**

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C. Número: 17952984
Nombre: ROMERO HERNANDO ESPINEL
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** **2502600221353**

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Total a Pagar **$6.380**

Fecha de Expedición 2026/03/30 **Fecha Limite de Pago** 2026/03/31

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

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas **Recibo Nº** **2502600221353**

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** 17952984
Nombre ROMERO HERNANDO ESPINEL
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600221353(3900)00000000005800(96)20260331

Fecha de Expedición 2026/03/30
Fecha Limite de Pago 2026/03/31

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas **Recibo Nº** **2502600221353**

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 17952984
Nombre ROMERO HERNANDO ESPINEL
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600221353(3900)00000000005800(96)20260331

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Fecha de Expedición 2026/03/30

Total a Pagar **$6.380**

(415)8902012356006(8020)02502600221353(3900)00000000000580(96)20260331

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
2502600221359

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** 1096252399
Nombre KAREN JULIETH AMADO MONTES
Dirección **Teléfono**
Municipio BARRANCABERMEJA **Departamento** SANTANDER

(415)7709998038639(8020)02502600221359(3900)00000000006380(96)20260331

Fecha de Expedición 2026/03/30 **Fecha Limite de Pago** 2026/03/31

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

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502600221359

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: KAREN JULIETH AMADO MONTES
Dirección:
Número: 1096252399
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
2502600221359

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Total a Pagar **$6.380**

Fecha de Expedición 2026/03/30 **Fecha Limite de Pago** 2026/03/31

PRO HOSPITAL $5.800

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

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502600221359

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** 1096252399
Nombre KAREN JULIETH AMADO MONTES
Dirección **Teléfono**
Municipio BARRANCABERMEJA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600221359(3900)00000000005800(96)20260331

Fecha de Expedición 2026/03/30
Fecha Limite de Pago 2026/03/31

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502600221359

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1096252399
Nombre KAREN JULIETH AMADO MONTES
Dirección **Teléfono**
Municipio BARRANCABERMEJA **Departamento** SANTANDER

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Fecha de Expedición 2026/03/30

Total a Pagar **$6.380**

(415)8902012356005(8020)02502600221359(3900)00000000005800(96)20260331

(415)8902012356006(8020)02502600221359(3900)00000000000580(96)20260331

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
2502600221364

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** 37929666
Nombre MARINA ESCUDERO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento** SANTANDER

(415)7709998038639(8020)02502600221364(3900)00000000006380(96)20260331

Fecha de Expedición 2026/03/30 **Fecha Limite de Pago** 2026/03/31

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

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas **Recibo Nº** **2502600221364**

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: MARINA ESCUDERO
Dirección:
Número: 37929666
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** **2502600221364**

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Total a Pagar	**$6.380**

Fecha de Expedición 2026/03/30 **Fecha Limite de Pago** 2026/03/31

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

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas **Recibo Nº** **2502600221364**

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** 37929666
Nombre MARINA ESCUDERO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600221364(3900)00000000005800(96)20260331

Fecha de Expedición 2026/03/30
Fecha Limite de Pago 2026/03/31

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas **Recibo Nº** **2502600221364**

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 37929666
Nombre MARINA ESCUDERO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600221364(3900)00000000005800(96)20260331

(415)8902012356006(8020)02502600221364(3900)00000000000580(96)20260331

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Fecha de Expedición 2026/03/30

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
2502600221366

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** 28070432
Nombre MILENA ACOSTA DIAZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento** SANTANDER

(415)7709998038639(8020)02502600221366(3900)00000000006380(96)20260331

Fecha de Expedición 2026/03/30 **Fecha Limite de Pago** 2026/03/31

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

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas **Recibo Nº** **2502600221366**

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: MILENA ACOSTA DIAZ
Dirección:
Número: 28070432
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** **2502600221366**

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Total a Pagar **$6.380**

Fecha de Expedición 2026/03/30 **Fecha Limite de Pago** 2026/03/31

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

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas **Recibo Nº** **2502600221366**

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** 28070432
Nombre MILENA ACOSTA DIAZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600221366(3900)00000000005800(96)20260331

Fecha de Expedición 2026/03/30
Fecha Limite de Pago 2026/03/31

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas **Recibo Nº** **2502600221366**

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 28070432
Nombre MILENA ACOSTA DIAZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600221366(3900)00000000005800(96)20260331

(415)8902012356006(8020)02502600221366(3900)00000000000580(96)20260331

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Fecha de Expedición 2026/03/30

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
2502600221370

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** 37724925
Nombre PATRICIA ROA FLOREZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento** SANTANDER

(415)7709998038639(8020)02502600221370(3900)00000000006380(96)20260331

Fecha de Expedición 2026/03/30 **Fecha Limite de Pago** 2026/03/31

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

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502600221370

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: PATRICIA ROA FLOREZ
Dirección:
Número: 37724925
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
2502600221370

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Total a Pagar	**$6.380**

Fecha de Expedición 2026/03/30 **Fecha Limite de Pago** 2026/03/31

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

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502600221370

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** 37724925
Nombre PATRICIA ROA FLOREZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600221370(3900)00000000005800(96)20260331

Fecha de Expedición 2026/03/30
Fecha Limite de Pago 2026/03/31

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502600221370

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 37724925
Nombre PATRICIA ROA FLOREZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600221370(3900)00000000005800(96)20260331

(415)8902012356006(8020)02502600221370(3900)00000000000580(96)20260331

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Fecha de Expedición 2026/03/30

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
2502600221372

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** 1096208691
Nombre SANDRA YURANI SALCEDO BARRETO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502600221372(3900)00000000006380(96)20260331

Fecha de Expedición 2026/03/30 **Fecha Limite de Pago** 2026/03/31

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

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502600221372

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: SANDRA YURANI SALCEDO BARRETO
Dirección:
Número: 1096208691
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
2502600221372

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Total a Pagar	**$6.380**

Fecha de Expedición 2026/03/30 **Fecha Limite de Pago** 2026/03/31

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

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502600221372

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** 1096208691
Nombre SANDRA YURANI SALCEDO BARRETO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600221372(3900)00000000005800(96)20260331

Fecha de Expedición 2026/03/30
Fecha Limite de Pago 2026/03/31

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502600221372

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1096208691
Nombre SANDRA YURANI SALCEDO BARRETO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600221372(3900)00000000005800(96)20260331

(415)8902012356006(8020)02502600221372(3900)00000000000580(96)20260331

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Fecha de Expedición 2026/03/30

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
2502600221375

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** 37707100
Nombre YOLANDA POVEDA PEREZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502600221375(3900)00000000006380(96)20260331

Fecha de Expedición 2026/03/30 **Fecha Limite de Pago** 2026/03/31

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

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502600221375

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C. Número: 37707100
Nombre: YOLANDA POVEDA PEREZ
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
2502600221375

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Total a Pagar **$6.380**

Fecha de Expedición 2026/03/30 **Fecha Limite de Pago** 2026/03/31

PRO HOSPITAL $5.800

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

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502600221375

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** 37707100
Nombre YOLANDA POVEDA PEREZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600221375(3900)00000000005800(96)20260331

Fecha de Expedición 2026/03/30
Fecha Limite de Pago 2026/03/31

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502600221375

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 37707100
Nombre YOLANDA POVEDA PEREZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600221375(3900)00000000005800(96)20260331

(415)8902012356006(8020)02502600221375(3900)00000000000580(96)20260331

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Fecha de Expedición 2026/03/30

Total a Pagar **$6.380**

PRO HOSPITAL $5.800

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

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