# Recaudo de Estampillas

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

**Recibo Nº**
**2502600428742**

Contribuyente

**Trámite** CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

| | |
|---|---|
| PRO HOSPITAL | $11.700 |

**Total a Pagar** **$11.700**

**Contribuyente** **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1039683181
**Nombre** ALMENTERO MENDOZA
**Dirección** **Teléfono**
**Municipio** BUCARAMANGA **Departamento** SANTANDER

(415)7709998038639(8020)02502600428742(3900)00000000011700(96)20260707

**Fecha de Expedición** 2026/07/01 **Fecha Limite de Pago** 2026/07/07

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

---

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

**Recaudo de Estampillas**

**Recibo Nº**
**2502600428742**

**Trámite** CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: ALMENTERO MENDOZA
Dirección:
Número: 1039683181
Teléfono:

| | |
|---|---|
| PRO HOSPITAL | $11.700 |

**Total a Pagar** **$11.700**

---

**¡ LE INVITAMOS A REGISTRARSE !**
**RUCD – REGISTRO ÚNICO DE CONTRIBUYENTES DEPARTAMENTAL**
Gestione fácilmente sus obligaciones y participe en la construcción del Departamento que todos queremos.

---

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

**Recaudo de Estampillas**

**Recibo Nº**
**2502600428742**

**Trámite** CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

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

| | |
|---|---|
| PRO HOSPITAL | $11.700 |

**Total a Pagar** **$11.700**

**Contribuyente** **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1039683181
**Nombre** ALMENTERO MENDOZA
**Dirección** **Teléfono**
**Municipio** BUCARAMANGA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600428742(3900)00000000011700(96)20260707

**Fecha de Expedición** 2026/07/01
**Fecha Limite de Pago** 2026/07/07

---

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

**Recaudo de Estampillas**

**Recibo Nº**
**2502600428742**

**Con ribuyen e** **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1039683181
**Nombre** ALMENTERO MENDOZA
**Dirección** **Teléfono**
**Municipio** BUCARAMANGA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600428742(3900)00000000011700(96)20260707

**Trámite** CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

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

**Fecha de Expedición** 2026/07/01

**Total a Pagar** **$11.700**

| | |
|---|---|
| PRO HOSPITAL | $11.700 |

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

**Total** **$11.700**

# Recaudo de Estampillas

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

**Recibo Nº**
**2502600428744**

**Contribuyente**

**Trámite** CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

| | |
|---|---|
| PRO HOSPITAL | $11.700 |

**Total a Pagar** **$11.700**

**Contribuyente** **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 63460083
**Nombre** PATRICIA DEL CARMEN GARCES LAZARO
**Dirección** **Teléfono**
**Municipio** BARRANCABERMEJA **Departamento** SANTANDER

(415)7709998038639(8020)02502600428744(3900)00000000011700(96)20260707

**Fecha de Expedición** 2026/07/01 **Fecha Limite de Pago** 2026/07/07

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

---

**Trámite**

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

**Recaudo de Estampillas**

**Recibo Nº**
**2502600428744**

**Trámite** CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: PATRICIA DEL CARMEN GARCES LAZARO
Dirección:
Número: 63460083
Teléfono:

| | |
|---|---|
| PRO HOSPITAL | $11.700 |

**Total a Pagar** **$11.700**

**¡ LE INVITAMOS A REGISTRARSE !**
**RUCD – REGISTRO ÚNICO DE CONTRIBUYENTES DEPARTAMENTAL**
Gestione fácilmente sus obligaciones y participe en la construcción del Departamento que todos queremos.

---

**Gobernación**

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

**Recaudo de Estampillas**

**Recibo Nº**
**2502600428744**

**Trámite** CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

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

| | |
|---|---|
| PRO HOSPITAL | $11.700 |

**Total a Pagar** **$11.700**

**Contribuyente** **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 63460083
**Nombre** PATRICIA DEL CARMEN GARCES LAZARO
**Dirección** **Teléfono**
**Municipio** BARRANCABERMEJA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600428744(3900)00000000011700(96)20260707

**Fecha de Expedición** 2026/07/01
**Fecha Limite de Pago** 2026/07/07

---

**Banco**

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

**Recaudo de Estampillas**

**Recibo Nº**
**2502600428744**

**Con ribuyen e** **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 63460083
**Nombre** PATRICIA DEL CARMEN GARCES LAZARO
**Dirección** **Teléfono**
**Municipio** BARRANCABERMEJA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600428744(3900)00000000011700(96)20260707

**Trámite** CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

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

**Fecha de Expedición** 2026/07/01

**Total a Pagar** **$11.700**

| | |
|---|---|
| PRO HOSPITAL | $11.700 |

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

**Total** **$11.700**

# Recaudo de Estampillas

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

**Recibo Nº**
**2502600428746**

## Contribuyente

**Trámite** CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

| | |
|---|---|
| PRO HOSPITAL | $11.700 |

**Total a Pagar** **$11.700**

**Contribuyente** **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 91437509
**Nombre** JOSE GERMAN JIMENEZ
**Dirección** **Teléfono**
**Municipio** BARRANCABERMEJA **Departamento** SANTANDER

(415)7709998038639(8020)02502600428746(3900)00000000011700(96)20260707

**Fecha de Expedición** 2026/07/01 **Fecha Limite de Pago** 2026/07/07

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

## Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502600428746

**Trámite** CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: JOSE GERMAN JIMENEZ
Dirección:
Número: 91437509
Teléfono:

| | |
|---|---|
| PRO HOSPITAL | $11.700 |

**Total a Pagar** **$11.700**

**¡ LE INVITAMOS A REGISTRARSE !**
**RUCD – REGISTRO ÚNICO DE CONTRIBUYENTES DEPARTAMENTAL**
Gestione fácilmente sus obligaciones y participe en la construcción del Departamento que todos queremos.

## Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502600428746

**Trámite** CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

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

| | |
|---|---|
| PRO HOSPITAL | $11.700 |

**Total a Pagar** **$11.700**

**Contribuyente** **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 91437509
**Nombre** JOSE GERMAN JIMENEZ
**Dirección** **Teléfono**
**Municipio** BARRANCABERMEJA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600428746(3900)00000000011700(96)20260707

**Fecha de Expedición** 2026/07/01
**Fecha Limite de Pago** 2026/07/07

## Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502600428746

**Con ribuyen e** **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 91437509
**Nombre** JOSE GERMAN JIMENEZ
**Dirección** **Teléfono**
**Municipio** BARRANCABERMEJA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600428746(3900)00000000011700(96)20260707

**Trámite** CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

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

**Fecha de Expedición** 2026/07/01

**Total a Pagar** **$11.700**

| | |
|---|---|
| PRO HOSPITAL | $11.700 |

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

**Total** **$11.700**

# Recaudo de Estampillas

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

**Recibo Nº**
**2502600428752**

## Contribuyente

**Trámite** CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

| | |
|---|---|
| PRO HOSPITAL | $11.700 |

**Total a Pagar** **$11.700**

**Contribuyente** **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 28779924
**Nombre** MARIA ANTONIA SANCHEZ
**Dirección** **Teléfono**
**Municipio** **Departamento** SANTANDER

(415)7709998038639(8020)02502600428752(3900)00000000011700(96)20260707

**Fecha de Expedición** 2026/07/01 **Fecha Limite de Pago** 2026/07/07

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

## Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

**Recaudo de Estampillas**

**Recibo Nº**
**2502600428752**

**Trámite** CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: MARIA ANTONIA SANCHEZ
Dirección:
Número: 28779924
Teléfono:

| | |
|---|---|
| PRO HOSPITAL | $11.700 |

**Total a Pagar** **$11.700**

**¡ LE INVITAMOS A REGISTRARSE !**
RUCD – REGISTRO ÚNICO DE CONTRIBUYENTES DEPARTAMENTAL
Gestione fácilmente sus obligaciones y participe en la construcción del Departamento que todos queremos.

## Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

**Recaudo de Estampillas**

**Recibo Nº**
**2502600428752**

**Trámite** CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

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

| | |
|---|---|
| PRO HOSPITAL | $11.700 |

**Total a Pagar** **$11.700**

**Contribuyente** **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 28779924
**Nombre** MARIA ANTONIA SANCHEZ
**Dirección** **Teléfono**
**Municipio** **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600428752(3900)00000000011700(96)20260707

**Fecha de Expedición** 2026/07/01
**Fecha Limite de Pago** 2026/07/07

## Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

**Recaudo de Estampillas**

**Recibo Nº**
**2502600428752**

**Con ribuyen e** **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 28779924
**Nombre** MARIA ANTONIA SANCHEZ
**Dirección** **Teléfono**
**Municipio** **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600428752(3900)00000000011700(96)20260707

**Trámite** CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

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

**Fecha de Expedición** 2026/07/01

**Total a Pagar** **$11.700**

| | |
|---|---|
| PRO HOSPITAL | $11.700 |

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

**Total** **$11.700**

# Recaudo de Estampillas

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

**Recibo Nº**
**2502600428754**

## Contribuyente

**Trámite** CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

| | |
|---|---|
| PRO HOSPITAL | $11.700 |

**Total a Pagar** **$11.700**

**Contribuyente** **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 32005222
**Nombre** DEL CARMEN COLEY BOHORQUEZ
**Dirección** **Teléfono**
**Municipio** **Departamento** SANTANDER

(415)7709998038639(8020)02502600428754(3900)00000000011700(96)20260707

**Fecha de Expedición** 2026/07/01 **Fecha Limite de Pago** 2026/07/07

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

## Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

**Recaudo de Estampillas**

**Recibo Nº**
**2502600428754**

**Trámite** CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: DEL CARMEN COLEY BOHORQUEZ
Dirección:
Número: 32005222
Teléfono:

| | |
|---|---|
| PRO HOSPITAL | $11.700 |

**Total a Pagar** **$11.700**

**¡ LE INVITAMOS A REGISTRARSE !**
**RUCD – REGISTRO ÚNICO DE CONTRIBUYENTES DEPARTAMENTAL**
Gestione fácilmente sus obligaciones y participe en la construcción del Departamento que todos queremos.

## Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

**Recaudo de Estampillas**

**Recibo Nº**
**2502600428754**

**Trámite** CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

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

| | |
|---|---|
| PRO HOSPITAL | $11.700 |

**Total a Pagar** **$11.700**

**Contribuyente** **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 32005222
**Nombre** DEL CARMEN COLEY BOHORQUEZ
**Dirección** **Teléfono**
**Municipio** **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600428754(3900)00000000011700(96)20260707

**Fecha de Expedición** 2026/07/01
**Fecha Limite de Pago** 2026/07/07

## Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

**Recaudo de Estampillas**

**Recibo Nº**
**2502600428754**

**Con ribuyen e** **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 32005222
**Nombre** DEL CARMEN COLEY BOHORQUEZ
**Dirección** **Teléfono**
**Municipio** **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600428754(3900)00000000011700(96)20260707

**Trámite** CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

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

**Fecha de Expedición** 2026/07/01

**Total a Pagar** **$11.700**

PRO HOSPITAL $11.700

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

**Total** **$11.700**

# Recaudo de Estampillas

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

**Recibo Nº**
**2502600428759**

## Contribuyente

**Trámite** CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

| | |
|---|---|
| PRO HOSPITAL | $11.700 |

**Total a Pagar** **$11.700**

**Contribuyente** **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 73077341
**Nombre** AGUSTIN RAMOS CORREA
**Dirección** **Teléfono**
**Municipio** **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502600428759(3900)00000000011700(96)20260707

**Fecha de Expedición** 2026/07/01 **Fecha Limite de Pago** 2026/07/07

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

## Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

**Recaudo de Estampillas**

**Recibo Nº**
**2502600428759**

**Trámite** CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: AGUSTIN RAMOS CORREA
Dirección:
Número: 73077341
Teléfono:

| | |
|---|---|
| PRO HOSPITAL | $11.700 |

**Total a Pagar** **$11.700**

**¡ LE INVITAMOS A REGISTRARSE !**
**RUCD – REGISTRO ÚNICO DE CONTRIBUYENTES DEPARTAMENTAL**
Gestione fácilmente sus obligaciones y participe en la construcción del Departamento que todos queremos.

## Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

**Recaudo de Estampillas**

**Recibo Nº**
**2502600428759**

**Trámite** CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

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

| | |
|---|---|
| PRO HOSPITAL | $11.700 |

**Total a Pagar** **$11.700**

**Contribuyente** **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 73077341
**Nombre** AGUSTIN RAMOS CORREA
**Dirección** **Teléfono**
**Municipio** **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600428759(3900)00000000011700(96)20260707

**Fecha de Expedición** 2026/07/01
**Fecha Limite de Pago** 2026/07/07

## Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

**Recaudo de Estampillas**

**Recibo Nº**
**2502600428759**

**Con ribuyen e** **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 73077341
**Nombre** AGUSTIN RAMOS CORREA
**Dirección** **Teléfono**
**Municipio** **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600428759(3900)00000000011700(96)20260707

**Trámite** CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

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

**Fecha de Expedición** 2026/07/01

**Total a Pagar** **$11.700**

| | |
|---|---|
| PRO HOSPITAL | $11.700 |

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

**Total** **$11.700**

# Recaudo de Estampillas

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

**Recibo Nº**
**2502600428766**

Contribuyente

**Trámite** CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

| | |
|---|---|
| PRO HOSPITAL | $11.700 |

**Total a Pagar** **$11.700**

**Contribuyente** **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 91271023
**Nombre** RAMIREZ RAMIREZ
**Dirección** **Teléfono**
**Municipio** BUCARAMANGA **Departamento** SANTANDER

(415)7709998038639(8020)02502600428766(3900)00000000011700(96)20260707

**Fecha de Expedición** 2026/07/01 **Fecha Limite de Pago** 2026/07/07

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

---

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502600428766

**Trámite** CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: RAMIREZ RAMIREZ
Dirección:
Número: 91271023
Teléfono:

PRO HOSPITAL $11.700

**Total a Pagar** **$11.700**

**¡ LE INVITAMOS A REGISTRARSE !**
RUCD – REGISTRO ÚNICO DE CONTRIBUYENTES DEPARTAMENTAL
Gestione fácilmente sus obligaciones y participe en la construcción del Departamento que todos queremos.

---

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502600428766

**Trámite** CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

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

| | |
|---|---|
| PRO HOSPITAL | $11.700 |

**Total a Pagar** **$11.700**

**Contribuyente** **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 91271023
**Nombre** RAMIREZ RAMIREZ
**Dirección** **Teléfono**
**Municipio** BUCARAMANGA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600428766(3900)00000000011700(96)20260707

**Fecha de Expedición** 2026/07/01
**Fecha Limite de Pago** 2026/07/07

---

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502600428766

**Con ribuyen e** **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 91271023
**Nombre** RAMIREZ RAMIREZ
**Dirección** **Teléfono**
**Municipio** BUCARAMANGA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600428766(3900)00000000011700(96)20260707

**Trámite** CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

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

**Fecha de Expedición** 2026/07/01

**Total a Pagar** **$11.700**

PRO HOSPITAL $11.700

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

**Total** **$11.700**

# Recaudo de Estampillas

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

**Recibo Nº**
**2502600428776**

Contribuyente

**Trámite** CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

| | |
|---|---|
| PRO HOSPITAL | $11.700 |

**Total a Pagar** **$11.700**

**Contribuyente** **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 37925114
**Nombre** LUZ CORENA PEREZ
**Dirección** **Teléfono**
**Municipio** **Departamento** SANTANDER

(415)7709998038639(8020)02502600428776(3900)00000000011700(96)20260707

**Fecha de Expedición** 2026/07/01 **Fecha Limite de Pago** 2026/07/07

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

---

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

**Recaudo de Estampillas**

**Recibo Nº**
**2502600428776**

**Trámite** CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: LUZ CORENA PEREZ
Dirección:
Número: 37925114
Teléfono:

| | |
|---|---|
| PRO HOSPITAL | $11.700 |

**Total a Pagar** **$11.700**

---

**¡ LE INVITAMOS A REGISTRARSE !**
**RUCD – REGISTRO ÚNICO DE CONTRIBUYENTES DEPARTAMENTAL**
Gestione fácilmente sus obligaciones y participe en la construcción del Departamento que todos queremos.

---

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

**Recaudo de Estampillas**

**Recibo Nº**
**2502600428776**

**Trámite** CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

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

| | |
|---|---|
| PRO HOSPITAL | $11.700 |

**Total a Pagar** **$11.700**

**Contribuyente** **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 37925114
**Nombre** LUZ CORENA PEREZ
**Dirección** **Teléfono**
**Municipio** **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600428776(3900)00000000011700(96)20260707

**Fecha de Expedición** 2026/07/01
**Fecha Limite de Pago** 2026/07/07

---

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

**Recaudo de Estampillas**

**Recibo Nº**
**2502600428776**

**Con ribuyen e** **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 37925114
**Nombre** LUZ CORENA PEREZ
**Dirección** **Teléfono**
**Municipio** **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600428776(3900)00000000011700(96)20260707

**Trámite** CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

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

**Fecha de Expedición** 2026/07/01

**Total a Pagar** **$11.700**

| | |
|---|---|
| PRO HOSPITAL | $11.700 |

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

**Total** **$11.700**

# Recaudo de Estampillas

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

**Recibo Nº**
**2502600428750**

## Contribuyente

**Trámite** CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

| | |
|---|---|
| PRO HOSPITAL | $11.700 |

**Total a Pagar** **$11.700**

**Contribuyente** **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 5583996
**Nombre** JULIAN GOMEZ
**Dirección** **Teléfono**
**Municipio** **Departamento** SANTANDER

(415)7709998038639(8020)02502600428750(3900)00000000011700(96)20260707

**Fecha de Expedición** 2026/07/01 **Fecha Limite de Pago** 2026/07/07

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

## Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

**Recaudo de Estampillas**

**Recibo Nº**
**2502600428750**

**Trámite** CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: JULIAN GOMEZ
Dirección:
Número: 5583996
Teléfono:

| | |
|---|---|
| PRO HOSPITAL | $11.700 |

**Total a Pagar** **$11.700**

**¡ LE INVITAMOS A REGISTRARSE !**
**RUCD – REGISTRO ÚNICO DE CONTRIBUYENTES DEPARTAMENTAL**
Gestione fácilmente sus obligaciones y participe en la construcción del Departamento que todos queremos.

## Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

**Recaudo de Estampillas**

**Recibo Nº**
**2502600428750**

**Trámite** CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

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

| | |
|---|---|
| PRO HOSPITAL | $11.700 |

**Total a Pagar** **$11.700**

**Contribuyente** **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 5583996
**Nombre** JULIAN GOMEZ
**Dirección** **Teléfono**
**Municipio** **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600428750(3900)00000000011700(96)20260707

**Fecha de Expedición** 2026/07/01
**Fecha Limite de Pago** 2026/07/07

## Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

**Recaudo de Estampillas**

**Recibo Nº**
**2502600428750**

**Con ribuyen e** **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 5583996
**Nombre** JULIAN GOMEZ
**Dirección** **Teléfono**
**Municipio** **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600428750(3900)00000000011700(96)20260707

**Trámite** CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

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

**Fecha de Expedición** 2026/07/01

**Total a Pagar** **$11.700**

| | |
|---|---|
| PRO HOSPITAL | $11.700 |

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

**Total** **$11.700**

# Recaudo de Estampillas

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

**Recibo Nº**
**2502600428753**

Contribuyente

**Trámite** CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

| | |
|---|---|
| PRO HOSPITAL | $11.700 |

**Total a Pagar** **$11.700**

**Contribuyente** **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 91438239
**Nombre** RICARDO RUEDA URIBE
**Dirección** **Teléfono**
**Municipio** **Departamento** SANTANDER

(415)7709998038639(8020)02502600428753(3900)00000000011700(96)20260707

**Fecha de Expedición** 2026/07/01 **Fecha Limite de Pago** 2026/07/07

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

---

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

**Recaudo de Estampillas**

**Recibo Nº**
**2502600428753**

**Trámite** CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: RICARDO RUEDA URIBE
Dirección:
Número: 91438239
Teléfono:

| | |
|---|---|
| PRO HOSPITAL | $11.700 |

**Total a Pagar** **$11.700**

---

**¡ LE INVITAMOS A REGISTRARSE !**
**RUCD – REGISTRO ÚNICO DE CONTRIBUYENTES DEPARTAMENTAL**
Gestione fácilmente sus obligaciones y participe en la construcción del Departamento que todos queremos.

---

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

**Recaudo de Estampillas**

**Recibo Nº**
**2502600428753**

**Trámite** CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

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

| | |
|---|---|
| PRO HOSPITAL | $11.700 |

**Total a Pagar** **$11.700**

**Contribuyente** **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 91438239
**Nombre** RICARDO RUEDA URIBE
**Dirección** **Teléfono**
**Municipio** **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600428753(3900)00000000011700(96)20260707

**Fecha de Expedición** 2026/07/01
**Fecha Limite de Pago** 2026/07/07

---

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

**Recaudo de Estampillas**

**Recibo Nº**
**2502600428753**

**Con ribuyen e** **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 91438239
**Nombre** RICARDO RUEDA URIBE
**Dirección** **Teléfono**
**Municipio** **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600428753(3900)00000000011700(96)20260707

**Trámite** CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

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

**Fecha de Expedición** 2026/07/01

**Total a Pagar** **$11.700**

| | |
|---|---|
| PRO HOSPITAL | $11.700 |

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

**Total** **$11.700**

# Recaudo de Estampillas

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

**Recibo Nº**
**2502600428755**

Contribuyente

**Trámite** CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

| | |
|---|---|
| PRO HOSPITAL | $11.700 |

**Total a Pagar** **$11.700**

**Contribuyente** **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 63464723
**Nombre** KELLY ZULIMA ORTIZ CALAO
**Dirección** **Teléfono**
**Municipio** BUCARAMANGA **Departamento** SANTANDER

(415)7709998038639(8020)02502600428755(3900)00000000011700(96)20260707

**Fecha de Expedición** 2026/07/01 **Fecha Limite de Pago** 2026/07/07

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

---

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

**Recaudo de Estampillas**

**Recibo Nº**
**2502600428755**

**Trámite** CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: KELLY ZULIMA ORTIZ CALAO
Dirección:
Número: 63464723
Teléfono:

| | |
|---|---|
| PRO HOSPITAL | $11.700 |

**Total a Pagar** **$11.700**

**¡ LE INVITAMOS A REGISTRARSE !**
**RUCD – REGISTRO ÚNICO DE CONTRIBUYENTES DEPARTAMENTAL**
Gestione fácilmente sus obligaciones y participe en la construcción del Departamento que todos queremos.

---

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

**Recaudo de Estampillas**

**Recibo Nº**
**2502600428755**

**Trámite** CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

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

| | |
|---|---|
| PRO HOSPITAL | $11.700 |

**Total a Pagar** **$11.700**

**Contribuyente** **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 63464723
**Nombre** KELLY ZULIMA ORTIZ CALAO
**Dirección** **Teléfono**
**Municipio** BUCARAMANGA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600428755(3900)00000000011700(96)20260707

**Fecha de Expedición** 2026/07/01
**Fecha Limite de Pago** 2026/07/07

---

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

**Recaudo de Estampillas**

**Recibo Nº**
**2502600428755**

**Con ribuyen e** **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 63464723
**Nombre** KELLY ZULIMA ORTIZ CALAO
**Dirección** **Teléfono**
**Municipio** BUCARAMANGA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600428755(3900)00000000011700(96)20260707

**Trámite** CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

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

**Fecha de Expedición** 2026/07/01

**Total a Pagar** **$11.700**

| | |
|---|---|
| PRO HOSPITAL | $11.700 |

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

**Total** **$11.700**

# Recaudo de Estampillas

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

**Recibo Nº**
**2502600428764**

Contribuyente

**Trámite** CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

| | |
|---|---|
| PRO HOSPITAL | $11.700 |

**Total a Pagar** **$11.700**

**Contribuyente** **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 37917375
**Nombre** MIRYAN ELENA REYES MUÑOZ
**Dirección** **Teléfono**
**Municipio** **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502600428764(3900)00000000011700(96)20260707

**Fecha de Expedición** 2026/07/01 **Fecha Limite de Pago** 2026/07/07

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

---

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

**Recaudo de Estampillas**

**Recibo Nº**
**2502600428764**

**Trámite** CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: MIRYAN ELENA REYES MUÑOZ
Dirección:
Número: 37917375
Teléfono:

| | |
|---|---|
| PRO HOSPITAL | $11.700 |

**Total a Pagar** **$11.700**

**¡ LE INVITAMOS A REGISTRARSE !**
**RUCD – REGISTRO ÚNICO DE CONTRIBUYENTES DEPARTAMENTAL**
Gestione fácilmente sus obligaciones y participe en la construcción del Departamento que todos queremos.

---

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

**Recaudo de Estampillas**

**Recibo Nº**
**2502600428764**

**Trámite** CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

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

| | |
|---|---|
| PRO HOSPITAL | $11.700 |

**Total a Pagar** **$11.700**

**Contribuyente** **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 37917375
**Nombre** MIRYAN ELENA REYES MUÑOZ
**Dirección** **Teléfono**
**Municipio** **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600428764(3900)00000000011700(96)20260707

**Fecha de Expedición** 2026/07/01
**Fecha Limite de Pago** 2026/07/07

---

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

**Recaudo de Estampillas**

**Recibo Nº**
**2502600428764**

**Con ribuyen e** **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 37917375
**Nombre** MIRYAN ELENA REYES MUÑOZ
**Dirección** **Teléfono**
**Municipio** **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600428764(3900)00000000011700(96)20260707

**Trámite** CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

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

**Fecha de Expedición** 2026/07/01

**Total a Pagar** **$11.700**

| | |
|---|---|
| PRO HOSPITAL | $11.700 |

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

**Total** **$11.700**

# Recaudo de Estampillas

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

**Recibo Nº**
**2502600428775**

**Contribuyente**

**Trámite** CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

| | |
|---|---|
| PRO HOSPITAL | $11.700 |

**Total a Pagar** **$11.700**

**Contribuyente** **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 13890237
**Nombre** ROLDAN MIGUEL LEON
**Dirección** **Teléfono**
**Municipio** **Departamento** SANTANDER

(415)7709998038639(8020)02502600428775(3900)00000000011700(96)20260707

**Fecha de Expedición** 2026/07/01 **Fecha Limite de Pago** 2026/07/07

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

---

**Trámite**

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

**Recaudo de Estampillas**

**Recibo Nº**
**2502600428775**

**Trámite** CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: ROLDAN MIGUEL LEON
Dirección:
Número: 13890237
Teléfono:

| | |
|---|---|
| PRO HOSPITAL | $11.700 |

**Total a Pagar** **$11.700**

**¡ LE INVITAMOS A REGISTRARSE !**
**RUCD – REGISTRO ÚNICO DE CONTRIBUYENTES DEPARTAMENTAL**
Gestione fácilmente sus obligaciones y participe en la construcción del Departamento que todos queremos.

---

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

**Recaudo de Estampillas**

**Recibo Nº**
**2502600428775**

**Gobernación**

**Trámite** CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

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

| | |
|---|---|
| PRO HOSPITAL | $11.700 |

**Total a Pagar** **$11.700**

**Contribuyente** **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 13890237
**Nombre** ROLDAN MIGUEL LEON
**Dirección** **Teléfono**
**Municipio** **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600428775(3900)00000000011700(96)20260707

**Fecha de Expedición** 2026/07/01
**Fecha Limite de Pago** 2026/07/07

---

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

**Recaudo de Estampillas**

**Recibo Nº**
**2502600428775**

**Con ribuyen e** **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 13890237
**Nombre** ROLDAN MIGUEL LEON
**Dirección** **Teléfono**
**Municipio** **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600428775(3900)00000000011700(96)20260707

**Banco**

**Trámite** CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

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

**Fecha de Expedición** 2026/07/01

**Total a Pagar** **$11.700**

| | |
|---|---|
| PRO HOSPITAL | $11.700 |

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

**Total** **$11.700**

# Recaudo de Estampillas

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

**Recibo Nº**
**2502600428777**

Contribuyente

**Trámite** CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

| | |
|---|---|
| PRO HOSPITAL | $11.700 |

**Total a Pagar** **$11.700**

**Contribuyente** **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 2055223

**Nombre** CARLOS DANIEL BAYONA ECHAVEZ
**Dirección** CL 73 A 19 99 **Teléfono** 314365665
**Municipio** BARRANCABERMEJA **Departamento** SANTANDER

(415)7709998038639(8020)02502600428777(3900)00000000011700(96)20260707

**Fecha de Expedición** 2026/07/01 **Fecha Limite de Pago** 2026/07/07

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

---

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

**Recaudo de Estampillas**

**Recibo Nº**
**2502600428777**

**Trámite** CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: CARLOS DANIEL BAYONA ECHAVEZ
Dirección: CL 73 A 19 99
Número: 2055223
Teléfono: 314365665

| | |
|---|---|
| PRO HOSPITAL | $11.700 |

**Total a Pagar** **$11.700**

**¡ LE INVITAMOS A REGISTRARSE !**
**RUCD – REGISTRO ÚNICO DE CONTRIBUYENTES DEPARTAMENTAL**
Gestione fácilmente sus obligaciones y participe en la construcción del Departamento que todos queremos.

---

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

**Recaudo de Estampillas**

**Recibo Nº**
**2502600428777**

**Trámite** CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

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

| | |
|---|---|
| PRO HOSPITAL | $11.700 |

**Total a Pagar** **$11.700**

**Contribuyente** **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 2055223

**Nombre** CARLOS DANIEL BAYONA ECHAVEZ
**Dirección** CL 73 A 19 99 **Teléfono** 314365665
**Municipio** BARRANCABERMEJA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600428777(3900)00000000011700(96)20260707

**Fecha de Expedición** 2026/07/01
**Fecha Limite de Pago** 2026/07/07

---

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

**Recaudo de Estampillas**

**Recibo Nº**
**2502600428777**

**Con ribuyen e** **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 2055223

**Nombre** CARLOS DANIEL BAYONA ECHAVEZ
**Dirección** CL 73 A 19 99 **Teléfono** 314365665
**Municipio** BARRANCABERMEJA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600428777(3900)00000000011700(96)20260707

**Trámite** CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO

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

**Fecha de Expedición** 2026/07/01

**Total a Pagar** **$11.700**

| | |
|---|---|
| PRO HOSPITAL | $11.700 |

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

**Total** **$11.700**