Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502600433091

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL	$5.800

Total a Pagar **$5.800**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1096201515
Nombre ABEL ARTURO CHACON JIMENEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio BARRANCABERMEJA **Departamento** SANTANDER

(415)7709998038639(8020)02502600433091(3900)00000000005800(96)20260708

Fecha de Expedición 2026/07/02 **Fecha Limite de Pago** 2026/07/08

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

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502600433091

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: ABEL ARTURO CHACON JIMENEZ
Dirección:
Número: 1096201515
Teléfono:

PRO HOSPITAL	$5.800

Total a Pagar **$5.800**

¡ 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
2502600433091

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

PRO HOSPITAL	$5.800

Total a Pagar **$5.800**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1096201515
Nombre ABEL ARTURO CHACON JIMENEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio BARRANCABERMEJA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600433091(3900)00000000005800(96)20260708

Fecha de Expedición 2026/07/02
Fecha Limite de Pago 2026/07/08

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502600433091

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1096201515
Nombre ABEL ARTURO CHACON JIMENEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio BARRANCABERMEJA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600433091(3900)00000000005800(96)20260708

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Fecha de Expedición 2026/07/02

Total a Pagar **$5.800**

PRO HOSPITAL	$5.800

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

Total **$5.800**

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502600433083

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL	$5.800

Total a Pagar **$5.800**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 63558988
Nombre LUISA FERNANDA LANZZIANO LANZZIANO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento** SANTANDER

(415)7709998038639(8020)02502600433083(3900)00000000005800(96)20260708

Fecha de Expedición 2026/07/02 **Fecha Limite de Pago** 2026/07/08

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

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502600433083

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: LUISA FERNANDA LANZZIANO LANZZIANO
Dirección:
Número: 63558988
Teléfono:

PRO HOSPITAL	$5.800

Total a Pagar **$5.800**

¡ 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
2502600433083

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

PRO HOSPITAL	$5.800

Total a Pagar **$5.800**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 63558988
Nombre LUISA FERNANDA LANZZIANO LANZZIANO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600433083(3900)00000000005800(96)20260708

Fecha de Expedición 2026/07/02
Fecha Limite de Pago 2026/07/08

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502600433083

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 63558988
Nombre LUISA FERNANDA LANZZIANO LANZZIANO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600433083(3900)00000000005800(96)20260708

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Fecha de Expedición 2026/07/02

Total a Pagar **$5.800**

PRO HOSPITAL	$5.800

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

Total **$5.800**

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502600433092

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL	$5.800

Total a Pagar **$5.800**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 13894534
Nombre HIDALGO PEREZ ARRIETA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento** SANTANDER

(415)7709998038639(8020)02502600433092(3900)00000000005800(96)20260708

Fecha de Expedición 2026/07/02 **Fecha Limite de Pago** 2026/07/08

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

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502600433092

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: HIDALGO PEREZ ARRIETA
Dirección:
Número: 13894534
Teléfono:

PRO HOSPITAL $5.800

Total a Pagar **$5.800**

¡ 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
2502600433092

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

PRO HOSPITAL	$5.800

Total a Pagar **$5.800**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 13894534
Nombre HIDALGO PEREZ ARRIETA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600433092(3900)00000000005800(96)20260708

Fecha de Expedición 2026/07/02
Fecha Limite de Pago 2026/07/08

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502600433092

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 13894534
Nombre HIDALGO PEREZ ARRIETA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600433092(3900)00000000005800(96)20260708

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Fecha de Expedición 2026/07/02

Total a Pagar **$5.800**

PRO HOSPITAL $5.800

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

Total **$5.800**

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502600433086

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL	$5.800

Total a Pagar **$5.800**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1096224351
Nombre TATIANA MARCELA ROJAS FERNANDEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio BARRANCABERMEJA **Departamento** SANTANDER

(415)7709998038639(8020)02502600433086(3900)00000000005800(96)20260708

Fecha de Expedición 2026/07/02 **Fecha Limite de Pago** 2026/07/08

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

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502600433086

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: TATIANA MARCELA ROJAS FERNANDEZ
Dirección:
Número: 1096224351
Teléfono:

PRO HOSPITAL	$5.800

Total a Pagar **$5.800**

¡ 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
2502600433086

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

PRO HOSPITAL	$5.800

Total a Pagar **$5.800**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1096224351
Nombre TATIANA MARCELA ROJAS FERNANDEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio BARRANCABERMEJA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600433086(3900)00000000005800(96)20260708

Fecha de Expedición 2026/07/02
Fecha Limite de Pago 2026/07/08

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502600433086

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1096224351
Nombre TATIANA MARCELA ROJAS FERNANDEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio BARRANCABERMEJA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600433086(3900)00000000005800(96)20260708

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Fecha de Expedición 2026/07/02

Total a Pagar **$5.800**

PRO HOSPITAL	$5.800

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

Total **$5.800**

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502600433088

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL	$5.800

Total a Pagar **$5.800**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1096185723
Nombre PAOLA RUEDA LIZCANO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502600433088(3900)00000000005800(96)20260708

Fecha de Expedición 2026/07/02 **Fecha Limite de Pago** 2026/07/08

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

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502600433088

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: PAOLA RUEDA LIZCANO
Dirección:
Número: 1096185723
Teléfono:

PRO HOSPITAL	$5.800

Total a Pagar **$5.800**

¡ 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
2502600433088

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

PRO HOSPITAL	$5.800

Total a Pagar **$5.800**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1096185723
Nombre PAOLA RUEDA LIZCANO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600433088(3900)00000000005800(96)20260708

Fecha de Expedición 2026/07/02
Fecha Limite de Pago 2026/07/08

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502600433088

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1096185723
Nombre PAOLA RUEDA LIZCANO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600433088(3900)00000000005800(96)20260708

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Fecha de Expedición 2026/07/02

Total a Pagar **$5.800**

PRO HOSPITAL	$5.800

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

Total **$5.800**

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502600433094

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL	$5.800

Total a Pagar **$5.800**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1096218336
Nombre JUAN DAVID SAJONERO MESA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502600433094(3900)00000000005800(96)20260708

Fecha de Expedición 2026/07/02 **Fecha Limite de Pago** 2026/07/08

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

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502600433094

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: JUAN DAVID SAJONERO MESA
Dirección:
Número: 1096218336
Teléfono:

PRO HOSPITAL $5.800

Total a Pagar **$5.800**

¡ 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
2502600433094

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

PRO HOSPITAL	$5.800

Total a Pagar **$5.800**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1096218336
Nombre JUAN DAVID SAJONERO MESA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600433094(3900)00000000005800(96)20260708

Fecha de Expedición 2026/07/02
Fecha Limite de Pago 2026/07/08

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502600433094

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1096218336
Nombre JUAN DAVID SAJONERO MESA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600433094(3900)00000000005800(96)20260708

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Fecha de Expedición 2026/07/02

Total a Pagar **$5.800**

PRO HOSPITAL $5.800

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

Total **$5.800**

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502600433087

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL	$5.800

Total a Pagar **$5.800**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1005240027
Nombre VERONICA MATILDE CORREDOR BARRERA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502600433087(3900)00000000005800(96)20260708

Fecha de Expedición 2026/07/02 **Fecha Limite de Pago** 2026/07/08

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

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502600433087

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: VERONICA MATILDE CORREDOR BARRERA
Dirección:
Número: 1005240027
Teléfono:

PRO HOSPITAL	$5.800

Total a Pagar **$5.800**

¡ 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
2502600433087

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

PRO HOSPITAL	$5.800

Total a Pagar **$5.800**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1005240027
Nombre VERONICA MATILDE CORREDOR BARRERA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600433087(3900)00000000005800(96)20260708

Fecha de Expedición 2026/07/02
Fecha Limite de Pago 2026/07/08

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo Nº
2502600433087

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1005240027
Nombre VERONICA MATILDE CORREDOR BARRERA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600433087(3900)00000000005800(96)20260708

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Fecha de Expedición 2026/07/02

Total a Pagar **$5.800**

PRO HOSPITAL	$5.800

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

Total **$5.800**

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502600433085

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL	$5.800

Total a Pagar **$5.800**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 37579380
Nombre EVELYN TATIANA ROBLES RAMIREZ
Dirección **Teléfono**
Municipio BUCARAMANGA **Departamento** SANTANDER

(415)7709998038639(8020)02502600433085(3900)00000000005800(96)20260708

Fecha de Expedición 2026/07/02 **Fecha Limite de Pago** 2026/07/08

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

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502600433085

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: EVELYN TATIANA ROBLES RAMIREZ
Dirección:
Número: 37579380
Teléfono:

PRO HOSPITAL	$5.800

Total a Pagar **$5.800**

¡ 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
2502600433085

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

PRO HOSPITAL	$5.800

Total a Pagar **$5.800**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 37579380
Nombre EVELYN TATIANA ROBLES RAMIREZ
Dirección **Teléfono**
Municipio BUCARAMANGA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600433085(3900)00000000005800(96)20260708

Fecha de Expedición 2026/07/02
Fecha Limite de Pago 2026/07/08

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502600433085

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 37579380
Nombre EVELYN TATIANA ROBLES RAMIREZ
Dirección **Teléfono**
Municipio BUCARAMANGA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600433085(3900)00000000005800(96)20260708

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Fecha de Expedición 2026/07/02

Total a Pagar **$5.800**

PRO HOSPITAL	$5.800

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

Total **$5.800**

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502600433093

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL	$5.800

Total a Pagar **$5.800**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1096189427
Nombre ERIKA JOHANNA MENDOZA MERCHAN
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502600433093(3900)00000000005800(96)20260708

Fecha de Expedición 2026/07/02 **Fecha Limite de Pago** 2026/07/08

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

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502600433093

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: ERIKA JOHANNA MENDOZA MERCHAN
Dirección:
Número: 1096189427
Teléfono:

PRO HOSPITAL	$5.800

Total a Pagar **$5.800**

¡ 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
2502600433093

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

PRO HOSPITAL	$5.800

Total a Pagar **$5.800**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1096189427
Nombre ERIKA JOHANNA MENDOZA MERCHAN
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600433093(3900)00000000005800(96)20260708

Fecha de Expedición 2026/07/02
Fecha Limite de Pago 2026/07/08

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502600433093

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1096189427
Nombre ERIKA JOHANNA MENDOZA MERCHAN
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600433093(3900)00000000005800(96)20260708

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Fecha de Expedición 2026/07/02

Total a Pagar **$5.800**

PRO HOSPITAL	$5.800

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

Total **$5.800**

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502600433089

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL	$5.800

Total a Pagar **$5.800**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 37618165
Nombre ROSALBA CEPEDA ROJAS
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502600433089(3900)00000000005800(96)20260708

Fecha de Expedición 2026/07/02 **Fecha Limite de Pago** 2026/07/08

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

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502600433089

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: ROSALBA CEPEDA ROJAS
Dirección:
Número: 37618165
Teléfono:

PRO HOSPITAL	$5.800

Total a Pagar **$5.800**

¡ 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
2502600433089

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

PRO HOSPITAL	$5.800

Total a Pagar **$5.800**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 37618165
Nombre ROSALBA CEPEDA ROJAS
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600433089(3900)00000000005800(96)20260708

Fecha de Expedición 2026/07/02
Fecha Limite de Pago 2026/07/08

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502600433089

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 37618165
Nombre ROSALBA CEPEDA ROJAS
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600433089(3900)00000000005800(96)20260708

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Fecha de Expedición 2026/07/02

Total a Pagar **$5.800**

PRO HOSPITAL	$5.800

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

Total **$5.800**

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502600433090

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL	$5.800

Total a Pagar **$5.800**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 63472963
Nombre CLAUDIA PATRICIA MAZO ANGEL
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502600433090(3900)00000000005800(96)20260708

Fecha de Expedición 2026/07/02 **Fecha Limite de Pago** 2026/07/08

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

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502600433090

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: CLAUDIA PATRICIA MAZO ANGEL
Dirección:
Número: 63472963
Teléfono:

PRO HOSPITAL	$5.800

Total a Pagar **$5.800**

¡ 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
2502600433090

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

PRO HOSPITAL	$5.800

Total a Pagar **$5.800**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 63472963
Nombre CLAUDIA PATRICIA MAZO ANGEL
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600433090(3900)00000000005800(96)20260708

Fecha de Expedición 2026/07/02
Fecha Limite de Pago 2026/07/08

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502600433090

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 63472963
Nombre CLAUDIA PATRICIA MAZO ANGEL
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600433090(3900)00000000005800(96)20260708

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Fecha de Expedición 2026/07/02

Total a Pagar **$5.800**

PRO HOSPITAL	$5.800

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

Total **$5.800**