Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502600433014

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL	$5.800

Total a Pagar **$5.800**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 63463765
Nombre YANEILLE DEL PILAR ESCALANTE TOLOZA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502600433014(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
2502600433014

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: YANEILLE DEL PILAR ESCALANTE TOLOZA
Dirección:
Número: 63463765
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
2502600433014

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** 63463765
Nombre YANEILLE DEL PILAR ESCALANTE TOLOZA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600433014(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
2502600433014

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 63463765
Nombre YANEILLE DEL PILAR ESCALANTE TOLOZA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600433014(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
2502600433022

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL	$5.800

Total a Pagar **$5.800**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1096214477
Nombre ANA CECILIA VALDERRAMA MESA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502600433022(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
2502600433022

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: ANA CECILIA VALDERRAMA MESA
Dirección:
Número: 1096214477
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
2502600433022

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** 1096214477
Nombre ANA CECILIA VALDERRAMA MESA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600433022(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
2502600433022

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1096214477
Nombre ANA CECILIA VALDERRAMA MESA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600433022(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
2502600433030

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL	$5.800

Total a Pagar **$5.800**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 22029546
Nombre MARTHA ELENA GARCES TORRES
Dirección **Teléfono**
Municipio BARRANCABERMEJA **Departamento** SANTANDER

(415)7709998038639(8020)02502600433030(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
2502600433030

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: MARTHA ELENA GARCES TORRES
Dirección:
Número: 22029546
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
2502600433030

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** 22029546
Nombre MARTHA ELENA GARCES TORRES
Dirección **Teléfono**
Municipio BARRANCABERMEJA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600433030(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
2502600433030

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 22029546
Nombre MARTHA ELENA GARCES TORRES
Dirección **Teléfono**
Municipio BARRANCABERMEJA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600433030(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
2502600433048

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL	$5.800

Total a Pagar **$5.800**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1096183980
Nombre VALENTINA RODRIGUEZ PEREZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502600433048(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
2502600433048

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: VALENTINA RODRIGUEZ PEREZ
Dirección:
Número: 1096183980
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
2502600433048

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** 1096183980
Nombre VALENTINA RODRIGUEZ PEREZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600433048(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
2502600433048

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1096183980
Nombre VALENTINA RODRIGUEZ PEREZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600433048(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
2502600433066

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL	$5.800

Total a Pagar **$5.800**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 37581404
Nombre LUISA FERNANDA LOPEZ RUEDA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502600433066(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
2502600433066

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: LUISA FERNANDA LOPEZ RUEDA
Dirección:
Número: 37581404
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
2502600433066

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** 37581404
Nombre LUISA FERNANDA LOPEZ RUEDA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600433066(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
2502600433066

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 37581404
Nombre LUISA FERNANDA LOPEZ RUEDA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600433066(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
2502600433080

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL	$5.800

Total a Pagar **$5.800**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1096183498
Nombre MAYKIA SULDARA NAVARRO JARAMILLO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502600433080(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
2502600433080

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: MAYKIA SULDARA NAVARRO JARAMILLO
Dirección:
Número: 1096183498
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
2502600433080

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** 1096183498
Nombre MAYKIA SULDARA NAVARRO JARAMILLO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600433080(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
2502600433080

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1096183498
Nombre MAYKIA SULDARA NAVARRO JARAMILLO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600433080(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
2502600433004

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL	$5.800

Total a Pagar **$5.800**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1096215410
Nombre MARIA SALOME PRADA ESTUPIÑAN
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502600433004(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
2502600433004

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: MARIA SALOME PRADA ESTUPIÑAN
Dirección:
Número: 1096215410
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
2502600433004

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** 1096215410
Nombre MARIA SALOME PRADA ESTUPIÑAN
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600433004(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
2502600433004

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1096215410
Nombre MARIA SALOME PRADA ESTUPIÑAN
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600433004(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
2502600433015

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL	$5.800

Total a Pagar **$5.800**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 22956573
Nombre YOLIMA PEREZ MENDEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio BARRANCABERMEJA **Departamento** SANTANDER

(415)7709998038639(8020)02502600433015(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
2502600433015

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: YOLIMA PEREZ MENDEZ
Dirección:
Número: 22956573
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
2502600433015

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** 22956573
Nombre YOLIMA PEREZ MENDEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio BARRANCABERMEJA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600433015(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
2502600433015

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 22956573
Nombre YOLIMA PEREZ MENDEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio BARRANCABERMEJA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600433015(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
2502600433023

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL	$5.800

Total a Pagar **$5.800**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1096188139
Nombre OMAR ANDRES TRILLOS SERNA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502600433023(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
2502600433023

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: OMAR ANDRES TRILLOS SERNA
Dirección:
Número: 1096188139
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
2502600433023

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** 1096188139
Nombre OMAR ANDRES TRILLOS SERNA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600433023(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
2502600433023

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1096188139
Nombre OMAR ANDRES TRILLOS SERNA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600433023(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
2502600433031

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL	$5.800

Total a Pagar **$5.800**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 37548012
Nombre MARIA FERNANDA ACUÑA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502600433031(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
2502600433031

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: MARIA FERNANDA ACUÑA
Dirección:
Número: 37548012
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
2502600433031

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** 37548012
Nombre MARIA FERNANDA ACUÑA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600433031(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
2502600433031

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 37548012
Nombre MARIA FERNANDA ACUÑA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600433031(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
2502600433050

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL	$5.800

Total a Pagar **$5.800**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 37576490

Nombre GLEDIA EDITH ARROYO MANRIQUE
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento** SANTANDER

(415)7709998038639(8020)02502600433050(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
2502600433050

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: GLEDIA EDITH ARROYO MANRIQUE
Dirección:
Número: 37576490
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
2502600433050

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** 37576490

Nombre GLEDIA EDITH ARROYO MANRIQUE
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600433050(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
2502600433050

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 37576490

Nombre GLEDIA EDITH ARROYO MANRIQUE
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600433050(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
2502600433068

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL	$5.800

Total a Pagar **$5.800**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1098660437
Nombre LILIANA MARCELA PARRA ALMEIDA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento** SANTANDER

(415)7709998038639(8020)02502600433068(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
2502600433068

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: LILIANA MARCELA PARRA ALMEIDA
Dirección:
Número: 1098660437
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
2502600433068

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** 1098660437
Nombre LILIANA MARCELA PARRA ALMEIDA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600433068(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
2502600433068

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1098660437
Nombre LILIANA MARCELA PARRA ALMEIDA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600433068(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
2502600433081

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL	$5.800

Total a Pagar **$5.800**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1096206479
Nombre ESTEBAN SILVA TORRES
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502600433081(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
2502600433081

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: ESTEBAN SILVA TORRES
Dirección:
Número: 1096206479
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
2502600433081

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** 1096206479
Nombre ESTEBAN SILVA TORRES
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600433081(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
2502600433081

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1096206479
Nombre ESTEBAN SILVA TORRES
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600433081(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
2502600433006

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL	$5.800

Total a Pagar **$5.800**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 2050096
Nombre LUIS FELIPE SUAREZ FLOREZ
Dirección **Teléfono**
Municipio BARRANCABERMEJA **Departamento** SANTANDER

(415)7709998038639(8020)02502600433006(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
2502600433006

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: LUIS FELIPE SUAREZ FLOREZ
Dirección:
Número: 2050096
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
2502600433006

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** 2050096
Nombre LUIS FELIPE SUAREZ FLOREZ
Dirección **Teléfono**
Municipio BARRANCABERMEJA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600433006(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
2502600433006

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 2050096
Nombre LUIS FELIPE SUAREZ FLOREZ
Dirección **Teléfono**
Municipio BARRANCABERMEJA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600433006(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
2502600433008

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL	$5.800

Total a Pagar **$5.800**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1096198014
Nombre ADRIANA MARCELA MEJIA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502600433008(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
2502600433008

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: ADRIANA MARCELA MEJIA
Dirección:
Número: 1096198014
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
2502600433008

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** 1096198014
Nombre ADRIANA MARCELA MEJIA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600433008(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
2502600433008

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1096198014
Nombre ADRIANA MARCELA MEJIA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600433008(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
2502600433017

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL	$5.800

Total a Pagar **$5.800**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1096183978
Nombre LEYDY VANESSA CASTAÑO CONDE
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502600433017(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
2502600433017

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: LEYDY VANESSA CASTAÑO CONDE
Dirección:
Número: 1096183978
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
2502600433017

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** 1096183978
Nombre LEYDY VANESSA CASTAÑO CONDE
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600433017(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
2502600433017

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1096183978
Nombre LEYDY VANESSA CASTAÑO CONDE
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600433017(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
2502600433019

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL	$5.800

Total a Pagar **$5.800**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 63464978
Nombre LILIANA MARIA VEGA RUEDA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502600433019(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
2502600433019

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: LILIANA MARIA VEGA RUEDA
Dirección:
Número: 63464978
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
2502600433019

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** 63464978
Nombre LILIANA MARIA VEGA RUEDA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600433019(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
2502600433019

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 63464978
Nombre LILIANA MARIA VEGA RUEDA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600433019(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
2502600433025

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL	$5.800

Total a Pagar **$5.800**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 91449723
Nombre EDINSON OSTIA PEREZ
Dirección **Teléfono**
Municipio BUCARAMANGA **Departamento** SANTANDER

(415)7709998038639(8020)02502600433025(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
2502600433025

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: EDINSON OSTIA PEREZ
Dirección:
Número: 91449723
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
2502600433025

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** 91449723
Nombre EDINSON OSTIA PEREZ
Dirección **Teléfono**
Municipio BUCARAMANGA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600433025(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
2502600433025

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 91449723
Nombre EDINSON OSTIA PEREZ
Dirección **Teléfono**
Municipio BUCARAMANGA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600433025(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
2502600433027

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL	$5.800

Total a Pagar **$5.800**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 91421193
Nombre ALMILCAR JULIO ROMERO DOMINGUEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio BUCARAMANGA **Departamento** SANTANDER

(415)7709998038639(8020)02502600433027(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
2502600433027

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: ALMILCAR JULIO ROMERO DOMINGUEZ
Dirección:
Número: 91421193
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
2502600433027

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** 91421193
Nombre ALMILCAR JULIO ROMERO DOMINGUEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio BUCARAMANGA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600433027(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
2502600433027

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 91421193
Nombre ALMILCAR JULIO ROMERO DOMINGUEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio BUCARAMANGA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600433027(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
2502600433038

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL	$5.800

Total a Pagar **$5.800**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1096196640
Nombre JAIREMIR JARABA SALAZAR
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502600433038(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
2502600433038

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: JAIREMIR JARABA SALAZAR
Dirección:
Número: 1096196640
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
2502600433038

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** 1096196640
Nombre JAIREMIR JARABA SALAZAR
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600433038(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
2502600433038

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1096196640
Nombre JAIREMIR JARABA SALAZAR
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600433038(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
2502600433041

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL	$5.800

Total a Pagar **$5.800**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 13570570
Nombre EDINSON ALEJANDRO SANTIAGO FORERO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502600433041(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
2502600433041

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: EDINSON ALEJANDRO SANTIAGO FORERO
Dirección:
Número: 13570570
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
2502600433041

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** 13570570
Nombre EDINSON ALEJANDRO SANTIAGO FORERO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600433041(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
2502600433041

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 13570570
Nombre EDINSON ALEJANDRO SANTIAGO FORERO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600433041(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
2502600433052

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL	$5.800

Total a Pagar **$5.800**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 37618085
Nombre MONICA MORALES HERNANDEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio BUCARAMANGA **Departamento** SANTANDER

(415)7709998038639(8020)02502600433052(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
2502600433052

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: MONICA MORALES HERNANDEZ
Dirección:
Número: 37618085
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
2502600433052

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** 37618085
Nombre MONICA MORALES HERNANDEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio BUCARAMANGA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600433052(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
2502600433052

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 37618085
Nombre MONICA MORALES HERNANDEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio BUCARAMANGA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600433052(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
2502600433055

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL	$5.800

Total a Pagar **$5.800**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1096222930
Nombre ANGIE JULIETT MEDINA ENDES
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502600433055(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
2502600433055

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: ANGIE JULIETT MEDINA ENDES
Dirección:
Número: 1096222930
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
2502600433055

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** 1096222930
Nombre ANGIE JULIETT MEDINA ENDES
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600433055(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
2502600433055

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1096222930
Nombre ANGIE JULIETT MEDINA ENDES
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600433055(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
2502600433070

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL	$5.800

Total a Pagar **$5.800**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 37545603
Nombre MADELFI DIAZ DIAZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502600433070(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
2502600433070

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: MADELFI DIAZ DIAZ
Dirección:
Número: 37545603
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
2502600433070

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** 37545603
Nombre MADELFI DIAZ DIAZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600433070(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
2502600433070

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 37545603
Nombre MADELFI DIAZ DIAZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600433070(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
2502600433074

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL	$5.800

Total a Pagar **$5.800**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 37749705
Nombre SANDRA JOHANNA CAICEDO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502600433074(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
2502600433074

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: SANDRA JOHANNA CAICEDO
Dirección:
Número: 37749705
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
2502600433074

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** 37749705
Nombre SANDRA JOHANNA CAICEDO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600433074(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
2502600433074

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 37749705
Nombre SANDRA JOHANNA CAICEDO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600433074(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
2502600433007

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL	$5.800

Total a Pagar **$5.800**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1096196662
Nombre XIMENA ROJAS SIERRA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502600433007(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
2502600433007

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: XIMENA ROJAS SIERRA
Dirección:
Número: 1096196662
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
2502600433007

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** 1096196662
Nombre XIMENA ROJAS SIERRA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600433007(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
2502600433007

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1096196662
Nombre XIMENA ROJAS SIERRA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600433007(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
2502600433018

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL	$5.800

Total a Pagar **$5.800**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 33202659
Nombre ELIANA JIMENA CAMPO QUINTANILLA
Dirección **Teléfono**
Municipio BARRANCABERMEJA **Departamento** SANTANDER

(415)7709998038639(8020)02502600433018(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
2502600433018

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: ELIANA JIMENA CAMPO QUINTANILLA
Dirección:
Número: 33202659
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
2502600433018

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** 33202659
Nombre ELIANA JIMENA CAMPO QUINTANILLA
Dirección **Teléfono**
Municipio BARRANCABERMEJA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600433018(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
2502600433018

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 33202659
Nombre ELIANA JIMENA CAMPO QUINTANILLA
Dirección **Teléfono**
Municipio BARRANCABERMEJA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600433018(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
2502600433026

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL	$5.800

Total a Pagar **$5.800**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 13851016
Nombre JAIRO MADRID SANMARTIN
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento** SANTANDER

(415)7709998038639(8020)02502600433026(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
2502600433026

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: JAIRO MADRID SANMARTIN
Dirección:
Número: 13851016
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
2502600433026

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** 13851016
Nombre JAIRO MADRID SANMARTIN
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600433026(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
2502600433026

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 13851016
Nombre JAIRO MADRID SANMARTIN
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600433026(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
2502600433039

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL	$5.800

Total a Pagar **$5.800**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1098653929
Nombre MARCO ANTONIO MELENDEZ SALAZAR
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502600433039(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
2502600433039

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: MARCO ANTONIO MELENDEZ SALAZAR
Dirección:
Número: 1098653929
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
2502600433039

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** 1098653929
Nombre MARCO ANTONIO MELENDEZ SALAZAR
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600433039(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
2502600433039

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1098653929
Nombre MARCO ANTONIO MELENDEZ SALAZAR
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600433039(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
2502600433054

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL	$5.800

Total a Pagar **$5.800**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 91481343
Nombre NESTOR JULIO MENCO SIERRA
Dirección **Teléfono**
Municipio BARRANCABERMEJA **Departamento** SANTANDER

(415)7709998038639(8020)02502600433054(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
2502600433054

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: NESTOR JULIO MENCO SIERRA
Dirección:
Número: 91481343
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
2502600433054

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** 91481343
Nombre NESTOR JULIO MENCO SIERRA
Dirección **Teléfono**
Municipio BARRANCABERMEJA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600433054(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
2502600433054

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 91481343
Nombre NESTOR JULIO MENCO SIERRA
Dirección **Teléfono**
Municipio BARRANCABERMEJA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600433054(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
2502600433072

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL	$5.800

Total a Pagar **$5.800**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 13741673
Nombre MANUEL ENRIQUE CASTRO CRUZ
Dirección **Teléfono**
Municipio BARRANCABERMEJA **Departamento** SANTANDER

(415)7709998038639(8020)02502600433072(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
2502600433072

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: MANUEL ENRIQUE CASTRO CRUZ
Dirección:
Número: 13741673
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 de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502600433072

Gobernación

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** 13741673
Nombre MANUEL ENRIQUE CASTRO CRUZ
Dirección **Teléfono**
Municipio BARRANCABERMEJA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600433072(3900)00000000005800(96)20260708

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

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502600433072

Banco

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 13741673
Nombre MANUEL ENRIQUE CASTRO CRUZ
Dirección **Teléfono**
Municipio BARRANCABERMEJA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600433072(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
2502600433005

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL	$5.800

Total a Pagar **$5.800**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1096189366
Nombre ALFREDO PEREZ SANCHEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502600433005(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
2502600433005

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: ALFREDO PEREZ SANCHEZ
Dirección:
Número: 1096189366
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
2502600433005

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** 1096189366
Nombre ALFREDO PEREZ SANCHEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600433005(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
2502600433005

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1096189366
Nombre ALFREDO PEREZ SANCHEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600433005(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
2502600433016

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL	$5.800

Total a Pagar **$5.800**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1101075582
Nombre JOHANA APARICIO BARRAGAN
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502600433016(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
2502600433016

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: JOHANA APARICIO BARRAGAN
Dirección:
Número: 1101075582
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
2502600433016

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** 1101075582
Nombre JOHANA APARICIO BARRAGAN
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600433016(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
2502600433016

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1101075582
Nombre JOHANA APARICIO BARRAGAN
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600433016(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
2502600433024

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL	$5.800

Total a Pagar **$5.800**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1096229007
Nombre DIEGO ALBEIRO SAAVEDRA SOGAMOSO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502600433024(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
2502600433024

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: DIEGO ALBEIRO SAAVEDRA SOGAMOSO
Dirección:
Número: 1096229007
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
2502600433024

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** 1096229007
Nombre DIEGO ALBEIRO SAAVEDRA SOGAMOSO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600433024(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
2502600433024

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1096229007
Nombre DIEGO ALBEIRO SAAVEDRA SOGAMOSO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600433024(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
2502600433035

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL	$5.800

Total a Pagar **$5.800**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1005181346
Nombre LESLY VALENTINA MARTINEZ PEDROZO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502600433035(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
2502600433035

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: LESLY VALENTINA MARTINEZ PEDROZO
Dirección:
Número: 1005181346
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
2502600433035

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** 1005181346
Nombre LESLY VALENTINA MARTINEZ PEDROZO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600433035(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
2502600433035

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1005181346
Nombre LESLY VALENTINA MARTINEZ PEDROZO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600433035(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
2502600433051

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL	$5.800

Total a Pagar **$5.800**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1127586261
Nombre CRISTIAN JOSE MUñOZ CAMARGO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502600433051(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
2502600433051

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: CRISTIAN JOSE MUñOZ CAMARGO
Dirección:
Número: 1127586261
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
2502600433051

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** 1127586261
Nombre CRISTIAN JOSE MUñOZ CAMARGO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600433051(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
2502600433051

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1127586261
Nombre CRISTIAN JOSE MUñOZ CAMARGO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600433051(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
2502600433069

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL	$5.800

Total a Pagar **$5.800**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 37577596
Nombre MARIA MARGARITA NAVAS MEJIA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502600433069(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
2502600433069

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: MARIA MARGARITA NAVAS MEJIA
Dirección:
Número: 37577596
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
2502600433069

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** 37577596
Nombre MARIA MARGARITA NAVAS MEJIA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600433069(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
2502600433069

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 37577596
Nombre MARIA MARGARITA NAVAS MEJIA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600433069(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
2502600433082

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL	$5.800

Total a Pagar **$5.800**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1098712533
Nombre CIELO ALEJANDRA GARZON MENDOZA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502600433082(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
2502600433082

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: CIELO ALEJANDRA GARZON MENDOZA
Dirección:
Número: 1098712533
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
2502600433082

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** 1098712533
Nombre CIELO ALEJANDRA GARZON MENDOZA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600433082(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
2502600433082

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1098712533
Nombre CIELO ALEJANDRA GARZON MENDOZA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600433082(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
2502600433012

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL	$5.800

Total a Pagar **$5.800**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1128428313
Nombre ALEJANDRA RANGEL JARAMILLO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento** SANTANDER

(415)7709998038639(8020)02502600433012(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
2502600433012

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: ALEJANDRA RANGEL JARAMILLO
Dirección:
Número: 1128428313
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
2502600433012

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** 1128428313
Nombre ALEJANDRA RANGEL JARAMILLO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600433012(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
2502600433012

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1128428313
Nombre ALEJANDRA RANGEL JARAMILLO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600433012(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
2502600433013

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL	$5.800

Total a Pagar **$5.800**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1001854677
Nombre JESUS ALONSO GARCIA PINEDA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502600433013(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
2502600433013

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: JESUS ALONSO GARCIA PINEDA
Dirección:
Número: 1001854677
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
2502600433013

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** 1001854677
Nombre JESUS ALONSO GARCIA PINEDA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600433013(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
2502600433013

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1001854677
Nombre JESUS ALONSO GARCIA PINEDA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600433013(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
2502600433020

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL	$5.800

Total a Pagar **$5.800**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1096253195
Nombre MILENA ROJAS AMARIS
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502600433020(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
2502600433020

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: MILENA ROJAS AMARIS
Dirección:
Número: 1096253195
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
2502600433020

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** 1096253195
Nombre MILENA ROJAS AMARIS
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600433020(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
2502600433020

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1096253195
Nombre MILENA ROJAS AMARIS
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600433020(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
2502600433021

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL	$5.800

Total a Pagar **$5.800**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 37922929
Nombre PEÑA URIBE PEÑA URIBE
Dirección **Teléfono**
Municipio BUCARAMANGA **Departamento** SANTANDER

(415)7709998038639(8020)02502600433021(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
2502600433021

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: PEÑA URIBE PEÑA URIBE
Dirección:
Número: 37922929
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
2502600433021

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** 37922929
Nombre PEÑA URIBE PEÑA URIBE
Dirección **Teléfono**
Municipio BUCARAMANGA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600433021(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
2502600433021

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 37922929
Nombre PEÑA URIBE PEÑA URIBE
Dirección **Teléfono**
Municipio BUCARAMANGA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600433021(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
2502600433028

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL	$5.800

Total a Pagar **$5.800**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 37930692
Nombre ANGELINA QUECHO SALAZAR
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento** SANTANDER

(415)7709998038639(8020)02502600433028(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
2502600433028

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: ANGELINA QUECHO SALAZAR
Dirección:
Número: 37930692
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
2502600433028

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** 37930692
Nombre ANGELINA QUECHO SALAZAR
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600433028(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
2502600433028

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 37930692
Nombre ANGELINA QUECHO SALAZAR
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600433028(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
2502600433029

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL	$5.800

Total a Pagar **$5.800**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 63460166
Nombre ALBA ROCIO LOPEZ TORRES
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502600433029(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
2502600433029

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: ALBA ROCIO LOPEZ TORRES
Dirección:
Número: 63460166
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
2502600433029

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** 63460166
Nombre ALBA ROCIO LOPEZ TORRES
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600433029(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
2502600433029

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 63460166
Nombre ALBA ROCIO LOPEZ TORRES
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600433029(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
2502600433043

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL	$5.800

Total a Pagar **$5.800**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 63557666
Nombre ELIANA KATHERINE ECHEVERRIA SERRANO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502600433043(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
2502600433043

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: ELIANA KATHERINE ECHEVERRIA SERRANO
Dirección:
Número: 63557666
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
2502600433043

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** 63557666
Nombre ELIANA KATHERINE ECHEVERRIA SERRANO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600433043(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
2502600433043

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 63557666
Nombre ELIANA KATHERINE ECHEVERRIA SERRANO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600433043(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
2502600433045

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL	$5.800

Total a Pagar **$5.800**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 91424893
Nombre RINCON NAVARRO RINCON NAVARRO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento** SANTANDER

(415)7709998038639(8020)02502600433045(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
2502600433045

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: RINCON NAVARRO RINCON NAVARRO
Dirección:
Número: 91424893
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
2502600433045

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** 91424893
Nombre RINCON NAVARRO RINCON NAVARRO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600433045(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
2502600433045

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 91424893
Nombre RINCON NAVARRO RINCON NAVARRO
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600433045(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
2502600433056

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL	$5.800

Total a Pagar **$5.800**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1143370078
Nombre MELISSA DUQUE ORTEGA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502600433056(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
2502600433056

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: MELISSA DUQUE ORTEGA
Dirección:
Número: 1143370078
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
2502600433056

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** 1143370078
Nombre MELISSA DUQUE ORTEGA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600433056(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
2502600433056

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1143370078
Nombre MELISSA DUQUE ORTEGA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600433056(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
2502600433065

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL	$5.800

Total a Pagar **$5.800**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1096248447
Nombre JUAN CAMILO CELIS ZAPATA
Dirección **Teléfono**
Municipio CHARALÁ **Departamento** SANTANDER

(415)7709998038639(8020)02502600433065(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
2502600433065

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: JUAN CAMILO CELIS ZAPATA
Dirección:
Número: 1096248447
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
2502600433065

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** 1096248447
Nombre JUAN CAMILO CELIS ZAPATA
Dirección **Teléfono**
Municipio CHARALÁ **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600433065(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
2502600433065

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1096248447
Nombre JUAN CAMILO CELIS ZAPATA
Dirección **Teléfono**
Municipio CHARALÁ **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600433065(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
2502600433077

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL	$5.800

Total a Pagar **$5.800**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1018452801
Nombre JOHANA ROMERO PEÑA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502600433077(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
2502600433077

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: JOHANA ROMERO PEÑA
Dirección:
Número: 1018452801
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
2502600433077

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** 1018452801
Nombre JOHANA ROMERO PEÑA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600433077(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
2502600433077

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1018452801
Nombre JOHANA ROMERO PEÑA
Dirección **Teléfono**
Municipio **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502600433077(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
2502600433079

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL	$5.800

Total a Pagar **$5.800**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 93385766
Nombre JOSE ANTONIO PIAMONTE GALVIS
Dirección **Teléfono**
Municipio BARRANCABERMEJA **Departamento** SANTANDER

(415)7709998038639(8020)02502600433079(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
2502600433079

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

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

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: JOSE ANTONIO PIAMONTE GALVIS
Dirección:
Número: 93385766
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
2502600433079

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** 93385766
Nombre JOSE ANTONIO PIAMONTE GALVIS
Dirección **Teléfono**
Municipio BARRANCABERMEJA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600433079(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
2502600433079

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 93385766
Nombre JOSE ANTONIO PIAMONTE GALVIS
Dirección **Teléfono**
Municipio BARRANCABERMEJA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502600433079(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**