



REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CASANARE
NIT. 892.099.216-6

BPAG

NDT - COMPR. EGRESO TESORERIA CRC-03

COMPROBANTE DE EGRESO: NDT - 20251371

FECHA : 01-SEP-2025

CUENTA PAGADORA: 22025213814-4 - OTROS GTOS EN SALUD INVERSION

Documento de Causación: OP-20252640

Radicado :

Contrato: CO 5236 JULIO 14 DE 2025

Acta de Pago : INF 1 DE 2

Tercero : 1118536992 - NANCY PAOLA ARIAS GALINDO
Beneficiario : 1118536992 - NANCY PAOLA ARIAS GALINDO

Cuenta Beneficiario	Entidad Financiera	Tipo de Cuenta
36313583770	BANCO DE COLOMBIA	A

Concepto: PAGO 1 DE 2 CONTRATO 5236 DEL 2025 PERIODO DE PAGO DEL 16 DE JULIO DEL 2025 AL 15 DE AGOSTO DEL 2025
CONTRATO POR MONITOREAR Y VERIFICAR LAS CUENTAS MÉDICAS PARA GARANTIZAR EL RECONOCIMIENTO Y
PAGO DE LOS SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS A LA POBLACIÓN A CARGO DEL DEPARTAMENTO.

Orden de Pago	Descripción	Valor
OP 20252640	NANCY PAOLA ARIAS GALINDO	3,247,032.00

TOTALES CONTABLES

3,247,032.00

Movimiento Contable

		3,247,032.00	3,247,032.00
Cuenta	Descripción	Debitos	Creditos
240101003	Honorarios y Servicios	3,247,032.00	0.00
111006007002	Popular 814-4 Otros Recurs Invers.Salud	0.00	3,247,032.00

Elaboró

Revisó

Aprobó

Fecha de Aplicacion: 01-SEP-2025

Usuario: TESCOCONSULTA

Terminal: GOBCAS\HATE-DLN-0908



Archivos Cargados

Estimado (a): YUBESLAY VIANCHA

A continuación el detalle de: Resumen Registros Enviados - Ver Registros

Tipo Archivo	Nombre Archivo	Nombre Técnico Archivo	Fecha Envío	Valor Total Archivo	No. Registros Enviados	Estado
Pagos	814OP20252640	PUAF01KTFU	2025/09/01	\$3,247,032.00	1	Procesado

Información Adicional

Fecha Carga	Hora Carga	Hora Envío	Usuario Creador	Fecha Actualización	Hora Actualización	Valor Total Archivo	Valor Archivo Enviado
2025/09/01	11:20:36	14:36:08	YUBESLAY VIANCHA	2025/09/01	14:50:56	\$3,247,032.00	\$3,247,032.00

Valor Registros	Valor Registros	No. Total Registros	No. Registros	No. Registros	No. Registros	Usuario Aprueba/Rechaza
\$0.00		0	0	1		ANA MILENA ARCOS URIBE

Detalle de pago

Producto Originador	Fecha Efectiva	Valor Transacción	No. Identificación Receptor	Nombre Receptor	Entidad Financiera	Tipo Transacción	No. Producto Destino	Estado
220252138144	2025/09/01	\$3,247,032.00	1118536992	NANCY PAOLA ARIAS GALI	Bancolombia	Crédito Cuenta Ahorros	36313583770	Exitoso



REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CASANARE
NIT. 892.099.216-6

ORDEN DE PAGO No : 03 - 20252640
VALOR : \$3,279,830.00
FECHA : 28-AGO-2025

IRVASE : NANCY PAOLA ARIAS GALINDO
AGARA :

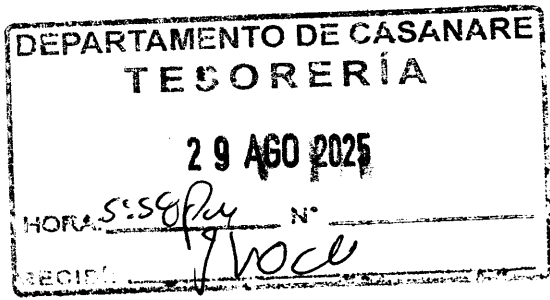
NIT: 1118536932

84

SUMA DE : TRES MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS TREINTA PESOS MCTE

CONCEPTO : PAGO 1 DE 2 CONTRATO 5236 DEL 2025 PERIODO DE PAGO DEL 16 DE JULIO DEL 2025 AL 15 DE AGOSTO DEL 2025
CONTRATO POR MONITOREAR Y VERIFICAR LAS CUENTAS MÉDICAS PARA GARANTIZAR EL RECONOCIMIENTO Y PAGO DE LOS SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS A LA POBLACIÓN A

MOVIMIENTO PRESUPUESTAL			
RUBRO	DESCRIPCION	VALOR	
8.01.13.1903.0201.202400000000.190307.12.1000.2.2.2.02.02.026	Mejoramiento institucional y sectorial para el ejercicio de la autoridad sanitaria gobernabilidad e inspección vigilancia y control al egreso en el Departamento de Casanare	3,279,830.00	
CODIGO	CUENTA	DEBITO	CREDITO
50205081	Honorarios Renta de Trabajo	3,279,830.00	
43627002	Retención de impuesto de ICA Yopal		32,798.00 ✓
40101003	Honorarios y Servicios		3,247,032.00 ✓



ORDENADOR DEL PAGO

TESORERO

NETO A PAGAR \$3,247,032.00

DIRECTOR DE CONTABILIDAD

RECIBI
C.C.O NIT

BANCO No. CUENTA No. CHEQUE FECHA

Dirección de Contabilidad
29 AGO 2025

\$2



NO OBLIGADOS A FACTURAR

FO-AB-18

13-03-2021

V. 07



**DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR
NO RESPONSABLES DE IVA**

Ley 1943 de 2018 (artículo 18), Art. 437 E.T. (Parágrafo 3 y 5), Art. 616-2 E.T, Art. 1.6.1.4.3 (numeral 3) y 1.6.1.4.12 Decreto Único reglamentario en materia tributaria 1625 de 2016

Ciudad y Fecha: Yopal, 22 de agosto de 2025; SECOP II CAS-FDS-CDPSP-231-2025 N°
Interno. 5236 de 14/07/2025; Fecha de Contrato: 14/07/2025

Nombre y apellidos o Razón Social del vendedor o de quien presta el servicio: NANCY PAOLA
ARIAS GALINDO

No. de Identificación Tributaria- NIT: 1118536992 DV -1

Objeto Contractual MONITOREAR Y VERIFICAR LAS CUENTAS MÉDICAS PARA GARANTIZAR EL RECONOCIMIENTO Y PAGO DE LOS SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS A LA POBLACIÓN A CARGO DEL DEPARTAMENTO.	
Dirección Residencia:	Calle 37a #38 72 casa 12
Celular:	3102891588
Duración Del Contrato:	1 Mes y 15 días
Acta De Inicio:	16 de Julio de 2025
Periodo de Cobro:	16/07/2025 A 15/08/2025
Número de periodo:	1 DE 2
Valor Total del Contrato de prestación de servicios:	\$ 4.919.745,00
Valor Ejecutado a la fecha:	\$ 3,279,830.00
Saldo por facturar del Total del Contrato:	\$ 1.639.915,00
Valor a pagar según plan de pagos del SECOP II (Valor en número y letras)	\$ 3,279,830.00 TRES MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS TREINTA PESOS (M/CTE)
Saldo a favor del Departamento:	\$ 0.00

Secretaría de Hacienda
DIRECCIÓN TÉCNICA DE CONTABILIDAD

= 9426
26 AGO 2025

Recibí: Pascual
S. R.

Pascual Arias G.
FIRMA DEL VENDEDOR O DE QUIEN PRESTA EL SERVICIO

Nota: Declaro bajo la gravedad de juramento que no soy responsable de IVA y que no estoy obligado a facturar. El presente documento será anexo del formato de Autorización Pago Contratos para trámite de cuenta.

Yopal, 22 de agosto de 2025

Señores
GOBERNACIÓN DE CASANARE
Dirección Técnica de Contabilidad
La ciudad

REF. Declaración juramentada para la deducción de la retención en la fuente a personas naturales pertenecientes a la clasificación tributaria "rentas de trabajo" originadas en la modalidad de contrato de prestación de servicios.

Yo, Nancy Paola Arias Galindo identificado (a) con Cédula de Ciudadanía número 1.118.536.992 DE Yopal, por medio de la presente, para dar cumplimiento a la ley 2277 del 2022 y el estatuto tributario nacional, CERTIFICO QUE:

1. Soy residente fiscal Colombiano.

SI ☒

NO ☐
- 2, Mis ingresos percibidos de la Gobernación de Casanare en el año 2025 corresponden a rentas de trabajo.

SI ☒

NO ☐
3. Soy responsable de IVA

SI ☐

NO ☒

Por lo anterior, solicito que sean aplicadas las siguientes deducciones para depurar de mi base de Retención en la Fuente del periodo comprendido entre el 16/07/2025 y el 15/08/2025, en los pagos que me realice la Gobernación de Casanare de acuerdo a los siguientes factores:

DESCRIPCIÓN	VALOR
Deducción por intereses préstamos adquisición vivienda o costo financiero leasing habitacional (Hasta 100 UVT mensuales - \$4.979.900). Art 387 ET	\$
Deducción por pagos de medicina prepagada o seguros de salud. (Hasta 16 UVT mensuales - \$ 796.784). Art 387 ET	\$

Además, Manifiesto libre y voluntariamente que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación depende(n) económicamente de mí, situación que me otorga el derecho a tomar la deducción del 10% sobre mis ingresos brutos, hasta un máximo de 32 UVT mensuales (\$1.593.568) Art 387 ET.

IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PARENTESCO	EDAD
1.029.647.293	PAULA ALEJANDRA	GIL	ARIAS	HIJA	17

Adicionalmente solicito se tengan en cuenta los siguientes aportes como rentas exentas, sin exceder el 30% del ingreso laboral y hasta un máximo de 317 UVT mensuales (\$15.786.283).

DESCRIPCIÓN	VALOR
Aportes voluntarios fondos de pensiones	\$0
Aportes en cuentas AFC	\$0

Y finalmente, informo que los servicios del Contrato No SECOP II CAS-FDS-CDPSP-231-2025 No interno 5236 DE 2025-07-14 fueron ejecutados en el municipio de Yopal, que no he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores asociados a las actividades realizadas, y me comprometo a comunicar cualquier cambio que pueda modificar los beneficios obtenidos.

Cordialmente, 
NANCY PAOLA ARIAS GALINDO
C.C. 1.118.536.992 De Yopal



AUTORIZACIÓN PAGO CONTRATOS PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN

FO-AB-61

16-03-2021

V. 06

Ciudad y Fecha: Yopal, 22/08/2025 Número y fecha del Contrato: SECOP II CAS-FDS-CDPSP-031-2025 No interno 5236 DE 14-07-2025

CDPSP ☒ CPSAG ☐ Periodo de pago: DE 16/07/2025 A: 15/08/2025 Informe No. 1 de 2**UNIDAD EJECUTORA:**

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL – Dirección de Seguridad Social Y Garantía de la Calidad- Oficina Cuentas Medicas

1. INFORMACIÓN CONTRATISTA Y DEL CONTRATO.

Nombres y Apellidos del Contratista: NANCY PAOLA ARIAS GALINDO No. de Identificación: 1.118.536.992 DV- 1

Información tributaria: Responsable de IVA ☐ No responsable de IVA ☒ Régimen ordinario ☒ Régimen especial ☐ No declarante ☐Régimen simple de tributación ☐ Facturador electrónico ☐ No obligados a facturar ☒

Fecha de actualización RUT: 13/08/2025

Objeto del Contrato: Monitorear y verificar las cuentas médicas para garantizar el reconocimiento y pago de los servicios de salud prestados a la población a cargo del departamento.

Nombre del Proyecto de Inversión: Mejoramiento institucional y sectorial, para el ejercicio de la autoridad sanitaria, gobernabilidad e inspección, vigilancia y control al SGSSS en el departamento de Casanare.

Código BPIN: 2024005850050

Plazo de Ejecución: (01) Mes y 15 días

Meses Ejecutados: (01) Un Mes

Fecha de suscripción del Acta de Inicio : 16/07/2025

Fecha de Terminación: 30/08/2025 (incluir adicional, si aplica)

ESTADO FÍSICO:

Hasta la fecha 15/08/2025 El Contrato de Prestación de Servicios presenta una ejecución mensual del 66,67%, contra una programada de 100% del Total. (incluir adicional, si aplica)

A. Estado financiero:

Valor Total del Contrato de prestación de servicios:	\$4.919.745,00
Valor Ejecutado a la fecha:	\$3.279.830
Saldo por facturar del Total del Contrato:	\$ 1.639.915
Valor a pagar según plan de pagos del SECOP II (Valor en número y letras)	\$ 3,279,830 TRES MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS TREINTA PESOS (M/CTE)
Saldo a favor del Departamento:	\$ 0
El valor del contrato se pagará mediante dos (2) mensualidades vencidas, una por valor de Tres Millones Doscientos Setenta Y Nueve Mil Ochocientos Treinta Pesos M/Cte (\$3.279.830) y la otra por un valor de un millón seiscientos treinta y nueve mil novecientos quince pesos (1.639.915) M/Cte. pago que se realizará previa presentación del informe por parte del contratista, la acreditación que se encuentra al día en el pago de aportes al sistema de seguridad social integral y la aprobación por parte del supervisor del contrato, para un presupuesto total de cuatro millones novecientos diez y nueve mil setecientos cuarenta y cinco Pesos M/Cte (\$4.919.745).	
Cuenta bancaria autorizada para Giro:	Tipo: AHORROS
	No. 36313583770
	Entidad Financiera: BANCOLOMBIA

B. Información presupuestal (Diligencie de acuerdo a la información del contrato y/o adicional o prórroga)

Contrato Inicial	Concepto	Fuente	Número	Fecha	Valor
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal	8.OI.19.1903.0300.2024005 850050.190557.121000.2.3. 2.02.02.093	2502714	10-07-2025	\$ 3,279,830.00
	Registro Presupuestal	8.OI.19.1903.0300.2024005 850050.190557.121000.2.3. 2.02.02.093	2505236	14-07-2025	\$ 3,279,830.00
Contrato Adicional y/o Prórroga	Certificado de Disponibilidad Presupuestal				
	Registro Presupuestal				
	Plazo meses y/o días): # Meses y # días.	Fecha Suscripción: dd-mm-aaaa		Nueva Fecha Terminación Contrato: dd-mm-aaaa	

C. Información de acta de suspensión, ampliación y reinicio o cesión de contrato (Diligencie si aplica)				
Concepto		Número	Fecha	Tiempo
Acta de Suspensión			dd-mm-aaaa	# Meses y # días.
Acta de Ampliación de suspensión			dd-mm-aaaa	# Meses y # días.
Acta de Reiniciación			dd-mm-aaaa	N.A.
Cesión de Contrato	C.C Cesionario: xxxxx	Resolución No: xxxxx	Fecha de Registro Contrato: dd-mm-aaaa	Nueva Fecha Terminación Contrato: dd-mm-aaaa

2. INFORMACIÓN RECIBO DE CAJA OFICIAL DE PAGO DE IMPUESTOS, CONTRIBUCIONES Y DERECHOS (Agregue las filas y columnas que requiera).

Contrato Inicial	CONCEPTO	Estampilla Pro Cultura 1%	Estampilla Pro Adulto Mayor 3%:	Estampilla Pro Desarrollo Dptal. 1% (CPS que superen 30 SMLV)
	Numero de recibo			
	Fecha			
	Valor	\$	\$	\$
Contrato Adicional	CONCEPTO	Estampilla Pro Cultura 1%	Estampilla Pro Adulto Mayor 3%:	Estampilla Pro Desarrollo Dptal. 1% (CPS que superen 30 SMLV)
	Numero de recibo			
	Fecha			
	Valor	\$	\$	\$

1. INFORMACIÓN DE PÓLIZAS (Diligenciar solamente si aplica) Valor a pagar según plan de pagos del SECOP II

Descripción de los amparos	%	Contrato Inicial	Fecha Constitución	Fecha Vencimiento	Fecha aprobación Pólizas
		dd-mm-aaaa	dd-mm-aaaa	dd-mm-aaaa	dd-mm-aaaa

4. PAGOS DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL. (Diligenciar las casillas que apliquen y anexar planillas del sistema de seguridad social I.

Concepto	% Liquidación	No. Planilla	Ingreso Base Cotización	Cotización Obligatoria	Valor Cancelado	Mes Cancelado	Entidad
SALUD	12.5	4617009737	\$ 711.750	\$ 89.000	\$ 89.000	julio	SANITAS
PENSIÓN	16	4617009737	\$ 711.750	\$ 113.900	\$ 113.900	julio	PORVENIR
SALUD	12.5	4617010034	1.423.50	\$ 178.000	\$ 178.000 /	agosto /	SANITAS
PENSIÓN	16	4617010034	1.423.50	\$ 227.800	\$ 227.800 /	agosto /	PORVENIR
ARL	Nivel Riesgo:	No. Planilla:	Valor cancelado:	Entidad:			
	1	4617009737 4617010034	\$ 3.800 7.500 /	POSITIVA			

2. INFORMACIÓN DE RETENCIÓN DE INDUSTRIA Y COMERCIO (ICA):

Municipio	Base Retención de ICA	Porcentaje %
YOPAL	\$ 3.279.830	100%

Con fundamento en las leyes, reglas y principios vigentes que rigen los contratos de las entidades estatales, CERTIFICAMOS el cumplimiento de las actividades, la verificación de las planillas que soportan el pago al Sistema de Seguridad Social Integral y las obligaciones en general a cargo del contratista, en consecuencia, firmamos el presente documento, una vez verificada la información contenida y corroborada con los soportes que presenta, y AUTORIZAMOS el respectivo pago.

AUTORIZA

SUPERVISOR

YURY TATIANA CHAVEZ RODRIGUEZ
C.C. No. 52.976.773 de Bogotá
Secretaria de Salud de Casanare
Decreto No. 0001 del 01-01-2024

JORGE IVAN MARTINEZ ROLDAN
No. Cedula 7184313 de TUNJA
Cargo: Profesional Especializado Dirección de SSGC
Número y/o fecha designación: 15-07-2025

Revisó: _____



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL



DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN: NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: CIUDAD/MUNICIPIO: DIRECCIÓN: TIPO APORTANTE: TIPO EMPRESA: FORMA DE PRESENTACIÓN: APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SEÑA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	CÉDULA DE CIUDADANÍA YOPAL CL 6 # 20-43 02-INDEPENDIENTE PRIVADA ÚNICO	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: NANCY PAOLA ARIAS GALINDO CASANARE 5555555 INDEPENDIENTE Actividades reguladoras y facilitadoras de la act NO	1118536992	NÚMERO PLANILLA: PERÍODO COTIZACIÓN OTROS DÍAS DE MORA: FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	4617010034 MES agosto AÑO 2025 0 2025/08/20	TIPO DE PLANILLA: PERÍODO COTIZACIÓN SALUD: NÚMERO AUTORIZACIÓN:	INDEPENDIENTES 2025 9963711329

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	TOTAL APORTES A PENSION										TOTAL		VALOR PAGADO
CÓDIGO	NOMBRE			APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		FSP		TOTAL				
				EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP			APORTES	MORA			
230301	230301-PORVENIR	1	\$ 227.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 227.800	\$ 0	\$ 227.800		
SUBTOTAL:												\$ 227.800	\$ 0	\$ 227.800		

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES				TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EP9005	EP9005-SANITAS S.A.	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 178.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 178.000	\$ 0	\$ 0	\$ 178.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 178.000
SUBTOTAL:									\$ 178.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 178.000	\$ 0	\$ 0	\$ 178.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 178.000

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD RPP		PAGO A OTROS RIESGOS		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES				TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A.	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 7.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 7.500	\$ 0	\$ 0	\$ 7.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 7.500
SUBTOTAL:									\$ 7.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 7.500	\$ 0	\$ 0	\$ 7.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 7.500

DATOS DEL COTIZANTE															LIQUIDACIÓN TOTAL APORTES																			
															PENSION										SEGURIDAD SOCIAL									
															APORTES VOLUNTARIOS					INDICADOR TARIFA ESPECIAL					SALUD					ARP				



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL



DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
TIPO IDENTIFICACIÓN: NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: CIUDAD/MUNICIPIO: DIRECCIÓN: TIPO APORTANTE: TIPO EMPRESA: FORMA DE PRESENTACIÓN: APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SEÑA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		CÉDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: YOPAL DEPARTAMENTO: CL # 20-43 TELEFONO: 02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE: PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA: ÚNICO		1118536992 NANCY PAOLA ARIAS GALINDO CASANAVE 5655555 INDEPENDIENTE Actividades reguladoras y facilitadoras de la act NO		NÚMERO PLANILLA: PERIODO COTIZACIÓN OTROS DÍAS DE MORA: FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): MES jullo AÑO 2025 0 2025/06/20		TIPO DE PLANILLA: PERIODO COTIZACIÓN SALUD: MES jullo AÑO INDEPENDIENTES 2025 NÚMERO AUTORIZACIÓN: 9993711300	

CÓDIGO		ADMINISTRADORA	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	TOTAL APORTES A PENSIÓN										TOTALES		VALOR PAGADO
		NOMBRE			APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA								
					EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP		APORTES	MORA				
230301		230301-PORVENIR	1	\$ 113.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 113.900	\$ 0	\$ 113.900			
SUBTOTAL:												\$ 113.900	\$ 0	\$ 113.900			

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EP9005	EP9005-SANTAS S.A.	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 89.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 89.000	\$ 0	\$ 0	\$ 89.000
SUBTOTALES:													\$ 89.000	\$ 0	\$ 0	\$ 89.000

CÓDIGO		ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES									
		NOMBRE			NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD RP	SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES				
14-23		14-23-POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A.			VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO	
SUBTOTAL:				1	\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 3.800	\$ 3.800	\$ 0	\$ 0	\$ 3.800	
					\$ 3.800					\$ 3.800	\$ 0	\$ 0	\$ 3.800	

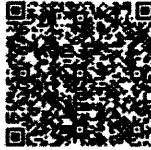
DATOS DEL COTIZANTE															NOVEDADES															LIQUIDACIÓN OCTUBRE APORTES															SEGURIDAD SOCIAL															PARAFISCALES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUS TIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	CÓDIGO DE ENTRENAMIENTO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	DIE	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	TOD	T

TOTAL PAGADO: \$ 206.700

2. Concepto 02 Actualización

4. Número de formulario

141170438378



(415)7707212489984(8020) 0000141170438378

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 1 1 8 5 3 6 9 9 2

6. DV

1

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Yopal

4 4

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de identificación

1 1 1 8 5 3 6 9 9 2

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Casanare

8 5

30. Ciudad/Municipio

Yopal

0 0 1

31. Primer apellido

ARIAS

32. Segundo apellido

GALINDO

33. Primer nombre

NANCY

34. Otros nombres

PAOLA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Casanare

8 5

40. Ciudad/Municipio

Yopal

0 0 1

41. Dirección principal

BRR SANTA MARTA CL 37 A 38 72

42. Correo electrónico

napaarga@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 0 2 8 9 1 5 8 8

45. Teléfono 2

3 1 0 3 0 3 0 2 1 3

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

8 2 9 9

47. Fecha inicio actividad

2 0 1 4 0 1 0 7

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código

1 2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 5 2 2 4 9

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

Exportadores

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

60. No. de Folios:

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre

985. Cargo

Certificado Bancario

Viernes, 15 de Agosto de 2025

Señor(a)
A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que NANCY PAOLA ARIAS GALINDO identificado(a) con CC 1118536992, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	36313583770	2020/09/15	ACTIVA

*Importante: Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números:
Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe
Gerente Servicios Contact Center & BPO

 **Bancolombia**