



REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CASANARE
NIT. 892.099.216-6

BPAG

NDT - COMPR. EGRESO TESORERIA CRC-03

COMPROBANTE DE EGRESO: NDT - 20251418

FECHA : 09-SEP-2025

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

Documento de Causación: OP-20252692

Radicado :

Contrato: CO 5236 JULIO 14 DE 2025

Acta de Pago : INF 2 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 2 DE 2 CONTRATO 5236 DEL 2025 PERIODO DE PAGO DEL 16 DE AGOSTO DEL 2025 AL 30 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 20252692	NANCY PAOLA ARIAS GALINDO	1.623,516.00

TOTALES CONTABLES

1,623,516.00

Movimiento Contable

		1,623,516.00	1,623,516.00
Cuenta	Descripción	Debitos	Creditos
240101003	Honorarios y Servicios	1,623,516.00	0.00
111006007002	Popular 814-4 Otros Recurs Invers.Salud	0.00	1,623,516.00

Elaboró

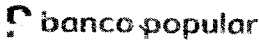
Revisó

Aprobó

Fecha de Aplicacion: 09-SEP-2025

Usuario: TESOCONSULTA

Terminal: GOBCAS\HATE-DLN-0908



Archivos Cargados

Empresa: GOBERNACION DE CASANARE
Tipo Dcto: NIT Persona Jurídica No. Dcto: 892099216
Generado por: 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	8114NDT5SEP9	PUIF01ODSU	2025/09/09	\$13,529,299.00	5	Procesado

Información Adicional

Fecha Carga	Hora Carga	Hora Envío	Usuario Creador	Fecha Actualización	Hora Actualización	Valor Total Archivo	Valor Archivo Enviado
2025/09/09	15:04:49	15:49:58	YUBESLAY VIANCHA	2025/09/10	18:00:00	\$13,529,299.00	\$13,529,299.00

Valor Registros	Valor Registros Errados	No. Total Registros	No. Registros	No. Registros	No. Registros en	Usuario Aprueba/Rechaza
\$0.00		5	0		0	ANA MILENA ARCOS URIBE

Usuario Aprueba/Rechaza

Nombres y Apellidos	Fecha Autorización	Acción
ANA MILENA ARCOS	2025/09/09 15:49:54	Aprobado

Resumen Registros

Producto Originador	Fecha Efectiva	Valor Transacción	No. Identificación Receptor	Nombre Receptor	Entidad Financiera	No. Producto Destino	Estado
220252138144	2025/09/09	\$4,329,376.00	1007388643	STEPHANY DAYANA MUNOZ	Bancolombia	60637813792	Exitoso
220252138144	2025/09/09	\$1,623,516.00	1118536992	NANCY PAOLA ARIAS GALI	Bancolombia	36313583770	Exitoso
220252138144	2025/09/09	\$3,247,032.00	1118570408	ELIANA ALEXANDRA MURIL	Banco Bilbao Vizcaya Argentaria Colombia S.A	981638091	Exitoso
220252138144	2025/09/09	\$2,164,687.50	23709862	RODRIGUEZ CUADRA LIGIA	Banco Davivienda	286070340679	Exitoso
220252138144	2025/09/09	\$2,164,687.50	33480597	RUTH IRLEY ALFONSO CEL	Banco Bilbao Vizcaya Argentaria Colombia S.A.	0981571607	Exitoso



REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CASANARE

NIT. 892.099.216-6

ORDEN DE PAGO No : 03 - 20252692

VALOR : \$1,639,915.00

FECHA : 05-SEP-2025

SIRVASE : NANCY PAOLA ARIAS GALINDO
PAGARA :

NIT: 1118536992

A SUMA DE : UN MILLON SEISCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS QUINCE PESOS MCTE

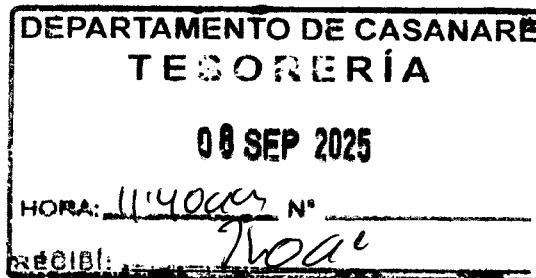
CONCEPTO : PAGO 2 DE 2 CONTRATO 5236 DEL 2025 PERIODO DE PAGO DEL 16 DE AGOSTO DEL 2025 AL 30 DE AGOSTO DEL 2025
CONTRATO POR MONITOREAR Y VERIFICAR LAS CUENTAS MEDICAS PARA GARANTIZAR EL RECONOCIMIENTO Y PAGO DE LOS SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS A LA POBLACIÓN

814

MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

RUBRO	DESCRIPCION	VALOR
R.O.C. 18 1900 0500 2024006880000 120567 121000 2 3.2.02 02 000	Mejoramiento institucional y sectorial para el ejercicio de la autoridad sanitaria gobernabilidad e inspección vigilancia y control al egreso en el Departamento de Casanare	1,639,915.00

CODIGO	CUENTA	REGISTRO CONTABLE	DEBITO	CREDITO
550205081	Honorarios Renta de Trabajo		1,639,915.00	
240101003	Honorarios y Servicios			1,623,516.00
243627002	Retención de Impuesto de ICA Yopal			16,399.00



ORDENADOR DEL PAGO

TESORERO

NETO A PAGAR \$1,623,516.00

DIRECTOR DE CONTABILIDAD

RECIBI
C.C.O NIT

BANCO No. CUENTA No. CHEQUE FECHA

Dirección de Contabilidad

08 SEP 2025

Hora: _____



NO OBLIGADOS A FACTURAR

FO-AB-18

13-03-2021

V. 07

Oficina Jurídica
Secretaría de Salud
REVISADO

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

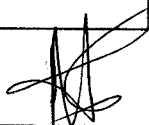
Ley 1943 de 2018 (artículo 18), Art. 437 E.T. (Parágrafo 3 y 5), Art. 616-2 E.T., Art. 1.6.1.4.3 (numeral 3) y 1.6.1.4.12 Decreto Único reglamentario en materia tributaria 1625 de 2016

Ciudad y Fecha: Yopal, 02 de Septiembre 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:	16/08/2025 A 30/08/2025
Número de periodo:	2 DE 2
Valor Total del Contrato de prestación de servicios:	\$ 4.919.745,00
Valor Ejecutado a la fecha:	\$ 4.919.745,00
Saldo por facturar del Total del Contrato:	\$ 0
Valor a pagar según plan de pagos del SECOP II (Valor en número y letras)	\$ 1.639.915,00) UN MILLÓN SEISCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS QUINCE PESOS (M/CTE)
Saldo a favor del Departamento:	\$ 0.00


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, 02 de septiembre 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 16/08/2025 y el 30/08/2025, 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



Oficina Jurídica
Secretaría de Salud
REVISADO

FO-AB-61
16-03-2021
V. 06

Ciudad y Fecha: Yopal, 02/09/2025 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 16/08/2025 A: 30/08/2025

Informe No. 2 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: (15) días

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 30/08/2025 El Contrato de Prestación de Servicios presenta una ejecución mensual del 100%, 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:	\$4.919.745,00
Saldo por facturar del Total del Contrato:	\$ 0
Valor a pagar según plan de pagos del SECOP II (Valor en número y letras)	\$ 1.639.915,00) UN MILLÓN SEISCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS QUINCE 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

Secretaría de Hacienda
DIRECCIÓN TÉCNICA DE CONTABILIDAD

009926

05 SEP 2025

Maldonado T... 4

8:00 AM

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	\$ 4.919.745,00
	Registro Presupuestal	8.OI.19.1903.0300.2024005 850050.190557.121000.2.3. 2.02.02.093	2505236	14-07-2025	\$ 4.919.745,00
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	



Oficina Jurídica
Secretaría de Salud
REVISADO

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

FO-AB-61
16-03-2021
V. 06

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	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	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	4617010034	7.500	POSITIVA			

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

Municipio	Base Retención de ICA	Porcentaje %
YOPAL	\$ 1.639.915,00	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

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

SUPERVISOR

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

Revisó: _____

INSTRUCCIONES DE DILIGENCIAMIENTO

(DILIGENCIE TODO EL FORMATO EN LETRA ARIAL 9 en color negro no utilice negrillas)

[illegible]

TOTAL PAGADO: \$ 413.300

DIAN

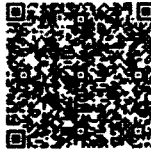
Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario

141170438378



(415)7707212489984(8020) 000014117043837 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

1 1 1 8 5 3 6 9 9 2 1

Impuestos y Aduanas de Yopal

4 4

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

25. Tipo de documento

26. Número de identificación

Persona natural o sucesión ilíquida

2

Cédula de Ciudadanía

1 3

1 1 1 8 5 3 6 9 9 2

Lugar de expedición

28. País

29. Departamento

30. Ciudad/Municipio

COLOMBIA

1 6 9

Casanare

8 5

Yopal

0 0 1

31. Primer apellido

32. Segundo apellido

33. Primer nombre

34. Otros nombres

ARIAS

GALINDO

NANCY

PAOLA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

39. Departamento

40. Ciudad/Municipio

COLOMBIA

1 6 9

Casanare

8 5

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

Ocupación

Actividad principal

Actividad secundaria

Otras actividades

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

50. Código

1

2

51. Código

52. Número establecimientos

8 2 9 9

2 0 1 4 0 1 0 7

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

Exportadores

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

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

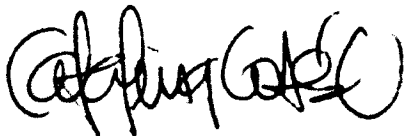
Señor(a)
A quien pueda interesar

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**