REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CASANARE
NIT. 892.099.216-6

BPAG

NDT - COMPR. EGRESO TESORERIA CRC-03

COMPROBANTE DE EGRESO: NDT - 20251998 **FECHA : 11-NOV-2025**

CUENTA PAGADORA: 64628650-0 - TD - FDS - ING CTES LIBRE DEST

Documento de Causación: OP-20253574 **Radicado :**

Contrato: CO OBRA PUB 3463 DIC 5 DE 2024 **Acta de Pago :** ACTA DE LIQUIDACION

Tercero : 901678938 - COMERCIALIZADORA KUM SAS

Beneficiario : 901678938 - COMERCIALIZADORA KUM SAS

Cuenta Beneficiario	Entidad Financiera	Tipo de Cuenta
981038128	BANCO BBVA	C

Concepto: PAGO ACTA DE LIQUIDACION DEL CONTRATO DE OBRA PUBLICA 3463 DEL 05 DE DICIEMBRE DE 2024 MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LA INFRAESTRUCTURA FISICA DE LA SEDE DE LA SECRETARIA DE SALUD FACTURA FEV112

Orden de Pago		Descripción	Valor
OP	20253574	COMERCIALIZADORA KUM SAS	35,004,810.00

TOTALES CONTABLES **35,004,810.00**

Movimiento Contable

Cuenta	Descripción	35,004,810.00 Debitos	35,004,810.00 Creditos
240101001	Bienes y Servicios	24,705,000.00	0.00
240101001	Bienes y Servicios	10,299,810.00	0.00
111006001004	Bogota 650-0 Icld Fondo Salud1	0.00	35,004,810.00

Elaboró Revisó Aprobó

Fecha de Aplicacion: 11-NOV-2025 Usuario: TESOCONSULTA Terminal: GOBCAS\HATE-DLN-0908

Archivos Cargados

Estimado (a): YOLMAN BERTULFO ESTEPA MENDIVELSO

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
Proveedores	650PAGOSnov11	BXK002QTJU	2025/11/11	$41,718,049.50	9	Procesando

Información Adicional

Fecha Carga	Hora Carga	Hora Envío	Usuario Creador	Fecha Actualización	Hora Actualización	Valor Total Archivo	Valor Archivo Enviado
2025/11/11	17:20:10	17:50:01	YOLMAN BERTULFO	2025/11/12	05:40:51	$41,718,049.50	$41,718,049.50

Valor Registros	Valor Registros Errados	No. Total Registros	No. Registros	No. Registros	No. Registros en	Usuario Aprueba/Rechaza
$0.00		1	0		8	ANA MILENA ARCOS URIBE

Detalle Transacción

No. Producto Dispersor	Fecha Dispersión	Valor Abonar	Tipo Identificación Beneficiario	No. Identificación Beneficiario	Nombre Beneficiario	No. Producto Beneficiario	Código Compensación	Estado
00000000646286500	2025/11/11	$2,164,687.50	Cédula de Ciudadanía	00023709862	LIGIA INES RODRIGUEZ CUADRA	286070340679	BANCO DAVIVIENDA	Enviado
00000000646286500	2025/11/11	$86,388.50	Cédula de Ciudadanía	00039949861	SANDRA XIMENA SILVA ARANGUREN	30541014744	BANCOLOMBIA	Enviado
00000000646286500	2025/11/11	$172,777.00	Cédula de Ciudadanía	00039949861	SANDRA XIMENA SILVA ARANGUREN	30541014744	BANCOLOMBIA	Enviado
00000000646286500	2025/11/11	$172,777.00	Cédula de Ciudadanía	00039949861	SANDRA XIMENA SILVA ARANGUREN	30541014744	BANCOLOMBIA	Enviado
00000000646286500	2025/11/11	$172,777.00	Cédula de Ciudadanía	00039949861	SANDRA XIMENA SILVA ARANGUREN	30541014744	BANCOLOMBIA	Enviado
00000000646286500	2025/11/11	$431,942.50	Cédula de Ciudadanía	00039949861	SANDRA XIMENA SILVA ARANGUREN	30541014744	BANCOLOMBIA	Enviado
00000000646286500	2025/11/11	$2,401,190.00	Cédula de Ciudadanía	01118537821	ANDRES FELIPE JIMENEZ PORRAS	646859751	BANCO DE BOGOTA	Enviado
00000000646286500	2025/11/11	$1,110,700.00	Número de Identificación Tributaria (NIT)	08440045760	ENERCA SA ESP	505842088	BANCO DE OCCIDENTE	Enviado
00000000646286500	2025/11/11	$35,004,810.00	Número de Identificación Tributaria (NIT)	09016789381	COMERCIALIZADORA KUM SAS	981038128	BANCO BBVA	Enviado

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CASANARE
NIT. 892.000.216-6

ORDEN DE PAGO No : **03 - 20253574**

VALOR : $38,256,624.00

FECHA : 06-NOV-2025

RVASE COMERCIALIZADORA KUM SAS NIT:901678938
AGARA :

SUMA DE : TREINTA Y OCHO MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS VEINTICUATRO PESOS M/CTE

ONCEPTO : PAGO ACTA DE LIQUIDACION DEL CONTRATO DE OBRA PUBLICA 3463 DEL 05 DE DICIEMBRE DE 2024 MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LA INFRAESTRUCTURA FISICA DE LA SEDE DE LA *SECRETARIA DE SALUD FACTURA FEV112*

650

MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

RUBRO	DESCRIPCION	VALOR
B.8.121000.2.1.2.02.02.006.01	*Mantenimiento de Infraestructura Salud*	*27,000,000.00*
B.8.123228.2.1.2.02.02.006.01	Mantenimiento de Infraestructura Salud	6,993,982.00
B.8.123108.2.1.2.02.02.006.01	Mantenimiento de Infraestructura Salud	4,256,642.00

REGISTRO CONTABLE

CODIGO	CUENTA	*DEBITO*	CREDITO
30205015	Mantenimiento	38,256,624.00	
40101001	Bienes y Servicios		24,705,000.00
40790010	Fondos para la Seguridad y Convivencia		1,350,000.00
43627002	Retención de impuesto de ICA Yopal		168,850.00
43626001	Contratos de Obra		225,133.00
43626001	Contratos de Obra		540,000.00
43627002	Retención de impuesto de ICA Yopal		405,000.00
40101001	Bienes y Servicios		10,299,810.00
40790010	Fondos para la Seguridad y Convivencia		562,831.00

DEPARTAMENTO DE CASANARE
TESORERÍA
11 NOV 2025
HORA: 2:40 pm N°
RECIBI:

NETO A PAGAR $35,004,810.00

ORDENADOR DEL PAGO

TESORERO

DIRECTOR DE CONTABILIDAD

RECIBI
C.C ó NIT

BANCO No. CUENTA No. CHEQUE FECHA

Dirección de Contabilidad
10 NOV 2025
Hora:

Gobernación de Casanare
NIT:892099216-6

VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS PARA EL PAGO DE CONTRATOS, CONVENIOS Y/O CONTRATOS INTERADMINISTRATIVOS

FO-AB-20
08-05-2020
V. 05

Secretaría de Hacienda
DIRECCIÓN TÉCNICA DE CONTABILIDAD
05 NOV 2025
Recibí:
3:20 p

Oficina Jurídica
Secretaría de Salud
REVISADO

Yopal, 31 de octubre de 2025

Pago N° 1

Seleccione según corresponda

Contrato	X	Convenio	☐	Contrato Interadministrativo	☐	N° 3463 de 05/12/2024

Documento Soporte según forma de pago

Informe de actividades	☐	Actas Parcial	☐	Acta de liquidación	X	Anticipo	☐	Pago Anticipado	☐	Fecha:	
Certificación	☐	Otro	☐	Cuál?							

1. Información del Contratista/Cooperante.

Cc/Nit.	N° Identificación.	DV	Nombre y Apellidos o Razón Social del Ejecutor u Operador
Nit.	901678938	1	COMERCIALIZADORA KUM S.A.S

Secretaría de Hacienda
DIRECCIÓN TÉCNICA DE CONTABILIDAD
012721
04 NOV 2025
Recibí:
10:15 a

2. Información General.

a. Tipo de Contrato. (seleccionar si es un contrato)

CPS	☐	Arrendamiento	☐	Consultoría	☐	Obra Publica	X	Suministro	☐	Compra Venta	☐
Otro	☐	¿Cuál?									

b. Clase de Convenio. (Seleccionar, si es un convenio)

De Asociación	☐	Cooperación	☐	Interadministrativo	☐	Otro	☐	Cual?	

c. Modalidad de Selección. (Seleccionar, en todos los casos)

Licitación Publica	☐	Selección Abreviada	☐	Contratación Directa	☐	Concurso a Méritos	☐	Mínima Cuantía	X
Otro	☐	¿Cuál?							
Número del proceso		CAS-SS-MC-016-2024							

d. Datos Contractuales.

Dependencia:	SECRETARIA DE SALUD – DIRECCION TECNICA DE CONSTRUCCIONES			
Nombre del Proyecto:	MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO Y PREVENTIVO DE LA INFRAESTRUCTURA FISICA DE LA SEDE DE LA SECRETARIA DE SALUD DE CASANARE.			
Código Bpin Proyecto:	N/A			
N° Contrato/Convenio	Fecha de suscripción.	Fecha de Inicio.	Fecha inicial de Terminación	Plazo inicial de Ejecución
3463 de 2024-12-05	05/12/2024	12/12/2024	26/12/2024	15 días.
Objeto:	MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO Y PREVENTIVO DE LA INFRAESTRUCTURA FISICA DE LA SEDE DE LA SECRETARIA DE SALUD DE CASANARE.			

e. Información presupuestal. (Diligencie de acuerdo a su necesidad).

Concepto	Fuente	Certificado de Disponibilidad Presupuestal			Registro Presupuestal		
		N°	Fecha	Valor	N°	Fecha	Valor
Rubro presupuestal 1	B.8.121000.2.1.2.02 .02.005.01	2404529	05/12/2024	$ 27.000.000,00	2403463	06/12/2024	$ 27.000.000,00
Rubro presupuestal 2	B.8.123108.2.1.2.02 .02.005.01	2404529	05/12/2024	$ 6.000.000,00	2403463	06/12/2024	$ 4.600.002,00
Rubro presupuestal 3	B.8.123228.2.1.2.02 .02.005.01	2404529	05/12/2024	$ 6.999.982,00	2403463	06/12/2024	$ 6.999.982,00
Adicional 1			(dd/mm/aaaa)	$		(dd/mm/aaaa)	$
Adicional 2			(dd/mm/aaaa)	$		(dd/mm/aaaa)	$
Adicional 3			(dd/mm/aaaa)	$		(dd/mm/aaaa)	$
Otro			(dd/mm/aaaa)	$		(dd/mm/aaaa)	$
Valor Total Contrato o Convenio							$ 38.599.984,00

f. Información Pago de Estampillas.

Concepto	Estampilla Pro-cultura Cód: 411027001	Estampilla Pro-Adulto Mayor Cód: 411027002.	Estampilla Pro-Desarrollo. Cód: 411027003.	Número	Fecha
	Valor	Valor	Valor		
Valor Total Inicial	$N.A. (Ver observación Numeral 10)	$$N.A. (Ver observación Numeral 10)	$$N.A. (Ver observación Numeral 10)		(dd/mm/aaaa)
Adicional 1	$	$	$		(dd/mm/aaaa)

VoBo

06 NOV 2025
Recibí:

Oficina Jurídica Secretaría de Salud REVISADO

Adicional 2	$	$	$		(dd/mm/aaaa)
Adicional 3	$	$	$		(dd/mm/aaaa)
Otro____	$	$	$		(dd/mm/aaaa)

g. Información de Pólizas. (se debe tener en cuenta los ajustes en tiempo del contrato.

Evento		Descripción de los amparos (ajuste según contrato)				
		Cumplimiento.	Buen manejo Anticipo	Pago de salarios, Prestaciones Sociales	Estabilidad y calidad de obra.	Responsabilidad Civil.
		N° 625-47-994000000809	N° 625-47-994000000809	N° 625-47-994000000809	N° 625-47-994000000809	N° 625-47-994000000809
Contrato Inicial.	% - SMLV Desde. Hasta.	10% 05/12/2024 05/05/2025	100% 05/12/2024 05/05/2025	5% 05/12/2024 05/01/2028	10% 5 años a partir del Recibo de la obra	10% 05/12/2024 20/12/2026
Fecha de aprobación de la póliza		09/12/2024	09/12/2024	09/12/2024		09/12/2024
Acta de Inicio N° 1 Acta de inicio	% - SMLV Desde. Hasta.	10% 12/12/2024 12/06/2025	100% 12/12/2024 12/06/2025	5% 12/12/2024 12/12/2027	5 años a partir del Recibo de la obra	10% 20/12/2026 27/12/2026
Fecha de aprobación de la póliza		12/12/2024	12/12/2024	12/12/2024		12/12/2024
Acta de Reinicio. N° 1 Acta de Reinicio	% - SMLV Desde. Hasta.	10% 12/12/2024 26/07/2027	100% 12/12/2024 26/07/2027	5% 12/12/2024 26/01/2028	5 años a partir del Recibo de la obra	10% 27/12/2026 26/01/2027
Fecha de aprobación de la póliza		24/01/2025	24/01/2025	24/01/2025		24/01/2025
Prorroga N° 1 Prorroga en tiempo	% - SMLV Desde. Hasta.	10% 12/12/2024 12/08/2025	100% 12/12/2024 12/08/2025	5% 12/12/2024 12/02/2028	5 años a partir del Recibo de la obra	10% 26/01/2027 12/02/2027
Fecha de aprobación de la póliza		27/01/2025	27/01/2025	27/01/2025		27/01/2025
Acta de recibo Final N° 1	% - SMLV Desde. Hasta.	10% 12/12/2024 12/08/2025	100% 12/12/2024 12/08/2025	5% 12/12/2024 12/02/2028	10% 14/05/2025 14/05/2030	10% 12/12/2024 12/02/027
Fecha de aprobación de la póliza		19/05/2025	19/05/2025	19/05/2025	19/05/2025	27/01/2025

3. Información de suspensión, Ampliación a la suspensión, Prorroga y Reinicio.

Concepto	Número documento	Fecha	Tiempo Documento
Acta de suspensión N° 1	**01**	20/12/2024	1 mes
Acta de reinicio N° 1	**01**	20/01/2025	N/A
Prorroga N° 1	**01**	24/01/2025	15 día(s)
Tiempo Real Suspendido	1 mes		

Fecha Actual de Terminación:	10/02/2025

4. Estado Financiero.

a. Estado Financiero del contrato.

Valor Total del Contrato:	$ 38.599.984,00	Anticipo ☐ Pago Anticipado ☐	$ 0,00	Total, de Anticipos Girados:	$ 0,00
Valor Ejecutado:	$ 38.256.624,00	Valor por Ejecutar:	$ 0,00	Valor no ejecutado:	$ 343.360,00
Valor Amortizar:	$ 0,00	Valor por Amortizar:	$ 0,00	Total, de Amortizaciones:	$ 0,00
Descuento actual:	$ 0,00		Total, de Descuentos:	$ 0,00	
Valor a facturar:	$ 38.256.624,00	Valor a pagar	$ 38.256.624,00		

VoBo _____

Gobernación de Casanare
NIT:892099216-6

VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS PARA EL PAGO DE CONTRATOS, CONVENIOS Y/O CONTRATOS INTERADMINISTRATIVOS

FO-AB-20
08-05-2020
V. 05

Oficina Jurídica Secretaría de Salud REVISADO

Siga con la Sección C. valor a girar y afectación por rubros presupuestales.

b. Estado Financiero del convenio.

Valor Total de Convenio	Valor Total Aportes del Departamento	Valor Total Aportes del Cooperante
$	$	$

El siguiente cuadro se diligencia teniendo en cuenta recursos o aporte de la Gobernación de Casanare.

Aportes Gobernación	Desembolsos o transferencias			Saldo por Desembolsar o Transferir.
	N°	% desembolso o transferencia	Valor	
$	1	%	$	$
	2	%	$	$
	3	%	$	$

Valor Ejecutado:	$	Valor por Ejecutar:	$	Valor no Ejecutado:	$
Descuento Actual:	$		Total, de Descuentos: sin incluir el valor no ejecutado	$	
Valor Actual a Desembolsar o transferir:	$				

c. Valor a Girar y afectación por rubros presupuestales. Aplica para convenios y contratos.

Valor a Girar:	Treinta y siete millones seiscientos treinta y cinco mil seiscientos veinte pesos m/cte $37.635.620,00)

Afectación de Rubros presupuestales para la presente cuenta.							
Fuente:	B.8.121000.2.1.2.02.02.005.01	Valor:	$ 27.000.000,00	Fuente:		Valor:	$
Fuente:	B.8.123108.2.1.2.02.02.005.01	Valor:	$ 4.256.642,00	Fuente:		Valor:	$
Fuente:	B.8.123228.2.1.2.02.02.005.01	Valor:	$ 6.999.982,00	Fuente:		Valor:	$

Nota: Diligencie **Siempre** el valor de la ejecución facturada según documento soporte.

5. Forma de Pago y Cuenta Autorizada.

Forma de Pago Vigente
El pago pactado es a precios unitarios, el valor del contrato es el que resulta de multiplicar las cantidades de obra efectivamente ejecutadas por sus precios unitarios respectivos. El Departamento de Casanare cancelará el valor del contrato que llegare a celebrarse al contratista, así: Se realizara un anticipo del cincuenta (50%), y un pago final del 50% del valor del contrato; se cancelara a la liquidación del contrato una vez sea revisado y aprobado por la supervisión, paz y salvo firmados por el personal contratado, factura de cobro correspondiente y los soportes de los pagos de salud, pensión, salarios y parafiscales a que haya lugar del personal contratado para la ejecución del contrato, una vez cumplidas las obligaciones derivadas del objeto del contrato y su aceptación a satisfacción por parte de la supervisión de la correspondiente acta de recibo final de la obra y acta de liquidación. Para realizar los pagos el supervisor verificara sus obligaciones contractuales y el pago de seguridad social conforme a la ley 828 de 2003.

Cuenta Autorizada					
Cuenta autorizada para Giro:		Cuenta de Manejo Especial (pagos anticipados/anticipos)		Contrato de fiducia	
Tipo:	**CORRIENTE**	Tipo:		Entidad:	
N°:	**0981038128**	N°:		N°:	
Entidad Financiera:	**BBVA COLOMBIA**	Entidad Financiera		Fecha:	(dd/mm/aaaa)
		Fecha constitución cuenta	(dd/mm/aaaa)	Nit:	

6. Pagos de Aportes a la Seguridad Social y Parafiscales. (Diligenciar las casillas que apliquen y agregue filas de acuerdo a su necesidad).

a. Pagos correspondientes al periodo ejecutado que se cobra. No aplica para convenios.

Concepto	% Liquidación	No. Planilla	Ingreso Base Cotización	Cotización Obligatoria	Valor Cancelado	Periodo cotizado	Entidad
SALUD	12.5	7953421911 82765060	$1.300.000 $ 693.334	$ 162.500 $ 27.800	$ 162.500 $ 27.800	DICIEMBRE 2024 ENERO 2025	SANITAS S.A CAPRESOCA EPS
PENSIÓN	16	7953421911 82765060	$1.300.000 $ 693.334	$ 208.000 $ 111.000	$ 208.000 $ 111.000	DICIEMBRE 2024	PORVENIR COLPENSIONES
ARL	Nivel Riesgo:	No. Planilla:	Valor Cancelado:	Entidad:		FIC Vr Cancelado	
	1	7953421911	$ 6.800	ARL POSITIVA		$	

Gobernación de Casanare
NIT:892099216-6

VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS PARA EL PAGO DE CONTRATOS, CONVENIOS Y/O CONTRATOS INTERADMINISTRATIVOS

FO-AB-20
08-05-2020
V. 05

Oficina Asesora Secretaría de Salud REVISADO

		82765060	$ 3.800		

Concepto	ICBF	SENA	Caja de Compensación Familiar
% de Liquidación	%		4%
Valor Cancelado	$ 0	$0	$ 27.800

Concepto	% Liquidación	No. Planilla	Ingreso Base Cotización	Cotización Obligatoria	Valor Cancelado	Periodo cotizado	Entidad
SALUD	12.5	4596756879 83698198	$ 521.960 $ 1.500.000	$60.000 $66.700	$60.000 $66.700	ENERO 2025	NUEVA EPS SANITAS S.A
PENSIÓN	16	4596756879 83698198	$ 521.960 $1.500.000	$83.600 $ 240.000	$85.400 $ 240.000	ENERO 2025	COLPENSIONES PORVENIR
ARL	Nivel Riesgo: 1	No. Planilla: 4596756879 83698198	Valor Cancelado: $2.900 $ 7.900	Entidad: ARL POSITIVA		FIC Vr Cancelado $	

Concepto	ICBF	SENA	Caja de Compensación Familiar
% de Liquidación			4%
Valor Cancelado	$	$	$60.000

Concepto	% Liquidación	No. Planilla	Ingreso Base Cotización	Cotización Obligatoria	Valor Cancelado	Periodo cotizado	Entidad
SALUD	12.5	1747248345 84476036	$ 1.846.667 $1.500.000	$ 230.900 $ 60.000	$ 230.900 $ 60.000	FEBRERO 2025	SANITAS S.A NUEVA EPS
PENSIÓN	16	1747248345 84476036	$ 1.846.667 $1.500.000	$ 295.500 $ 240.000	$ 295.500 $ 240.000	FEBRERO 2025	COLPENSIONES PORVENIR
ARL	Nivel Riesgo: 1	No. Planilla: 1747248345 84476036	Valor Cancelado: $ 19.300 $ 7.900	Entidad: ARL POSITIVA		FIC Vr Cancelado $ 386.000	

Concepto	ICBF	SENA	Caja de Compensación Familiar
% de Liquidación			4%
Valor Cancelado	$	$	$ 60.000

b. Certificación personas Jurídicas Pagos a la seguridad social y parafiscal. (Para desembolso inicial, anticipos, pagos anticipos y liquidación del convenio y contratos).

Certificación Expedida por:	R/L LUIS URIEL MORALES CAMENZAQUIRA CC:9.533.597 HANJI ALEXANDRA SIERRA CC:1.057.590.201 T.P. No. 317357-T	Fecha de Expedición: 02/05/2025

7. Información de Liquidación. (Diligenciar al finalizar la ejecución del contrato o convenio solo recursos de la Gobernación)

a. Balance financiero.

Fecha de Terminación Definitiva:	10/02/2025	Tiempo Real Ejecutado:	30 días

Valor Ejecutado	Saldo a Favor del Contratista/Cooperante	Saldos no ejecutados objeto del contrato	Otros Descuentos	Reintegro al Departamento	Rendimientos Financieros
$ 38.256.624	$ 38.256.624	$ 343.360	Descripción: Valor $	Valor $ Fecha Reintegro: (dd/mm/aaaa) Fecha Certificado tesorería (dd/mm/aaaa)	Valor $ Fecha consignación (dd/mm/aaaa) Fecha Certificado tesorería (dd/mm/aaaa)

VoBo _____

Comprobantes de Entrada de Almacén Departamental		
N°	Fecha de expedición	Valor Total
	(dd/mm/aaaa)	$

8. Sanciones y/o multas.

Tipo	Resolución N° / Fecha	Valor	¿Cancelado?	Comprobante / Deducción
Seleccione	N° ____ de ____	$	Si ☐	N° ___ Fecha de pago: Seleccione fecha
			No ☐	¿Deducir en el presente pago?: sí ☐ / No ☐
Seleccione	N° ____ de ____	$	Si ☐	N° ___ Fecha de pago: Seleccione fecha
			No ☐	¿Deducir en el presente pago?: sí ☐ / No ☐

9. Información de retención de industria y comercio (ICA):

Municipio	Base Retención de ICA	Porcentaje %
YOPAL	$ 38.256.624	100%

10. Observaciones:

Para el presente contrato se deja constancia que la ordenanza No. 027 del 27 de diciembre del 2023, en el titulo III Estampillas departamentales establece exenciones al pago de las siguientes estampillas: A)- Estampilla ProDesarrollo departamental; "Artículo 222 – EXENCIONES: Son aplicables al gravamen de Estampilla ProDesarrollo Departamental, las siguientes exenciones: - Los contratos y convenios que deban financiarse con recursos que por ley correspondan al sector salud". B)- Estampilla Procultura, "Artículo 229 – EXENCIONES: Son aplicables al gravamen de Estampilla Procultura, las siguientes Exenciones: - Los contratos y convenios que deban financiarse con recursos que por ley correspondan al sector salud". C)- Para la Estampilla para el Bienestar del Adulto Mayor, "Articulo 236 - EXENCIONES: Son aplicables al gravamen de Estampilla para el Bienestar del Adulto Mayor, las siguientes Exenciones: - Los contratos y convenios que deban financiarse con recursos que por ley correspondan al sector salud". D)- Para la Estampilla Pro Unitropico, "Articulo 250 - EXENCIONES: No estarán gravados con la estampilla Pro Unitropico los siguientes tipos de contratos o convenios: Los contratos y convenios que deban financiarse con recursos que por ley correspondan al sector salud".

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 trámite del pago. Nota: El supervisor y/o interventor asegurara la entrega de los documentos requeridos y que son soporte del presente formato a la secretaria de Hacienda del Departamento.

11. Firmas:

AUTORIZA

YURY TATIANA CHAVEZ DUQUE
No. Cedula. 52.976.773 de Bogotá.
Secretaria de despacho
Secretaria de Salud
Decreto 0001 del 01 de enero de 2024

SUPERVISOR

YHORMAN OSWALDO VARGAS RINCON
N° Cedula. 33.481.450 de Yopal
Dirección Técnica de Construcciones
Decreto 0216 del 01 de agosto de 2024

INTERVENTOR

N/A

Reviso:
Nombre: _____
Cargo: _____

VoBo _____

COMERCIALIZADORA KUMI SAS

NIT: 901678938-1

Régimen: Responsable del impuesto sobre las ventas -IVA

Persona Jurídica

DG 14 8 68, Yopal Casanare, Colombia, CP 85001

Tel: 3115501655

Email: comercializadorakumisas@gmail.com

Autorización factura electrónica de venta No. 18764069564378 valida desde 2024-04-25 hasta 2026-04-25 rango desde FEV1 hasta FEV1000

Nombre o Razón Social:	DEPARTAMENTO DE CASANARE
NIT :	892099216
Dirección:	CRA 20 8 02, Yopal, Casanare, Colombia
Teléfono:	
Email:	despacho@casanare.gov.co
Forma de Pago:	Contado
Medio de Pago:	Transferencia Débito Bancaria
Fecha de Pago:	30/10/2025
Total de Lineas:	1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA	**FEV112**
MONEDA	**COP Colombia, Pesos**
HORA EMISIÓN	**15:17:44-05:00**
FECHA FIRMADO	**29/10/2025 15:17:47**

FECHA DE EMISIÓN			FECHA DE VENCIMIENTO		
29	10	2025	30	10	2025

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD	PRECIO U.	IMPUESTOS			DCTO.	TOTAL
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	CO3463	CONTRATO DE OBRA 3463 DE 2024 SECOP II CAS-SS-MC-016-2024 DEL 12 DE MAYO DE 2024 MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO Y PREVENTIVO DE LA INFRAESTRUCTURA FISICA DE LA SEDE DE LA SECRETARIA DE SALUD DE CASANARE	94	1,00	$38.256.624,00				0,00	$38.256.624,00

Notas:

SON: (treinta y ocho millones doscientos cincuenta y seis mil seiscientos veinticuatro pesos)

CUFE 173d662f6b27b645f30e7bc03d095256e706fc4cd8f1246800a508c289e7058b7210fa1a6db6f5404dc35830e8960150

Subtotal:	$38.256.624,00
Cargos:	$0,00
Descuento:	$0,00
Total:	$38.256.624,00

Firma Digital: J2mBK1mmSm8uOseg6YK5ZxONXHLmPHaR0uxBl1sVR7WwOcXupQGNXXGkLPI7 ...

Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

Gobernación de Casanare

ACTA DE LIQUIDACION
FO-AB-34
2014-01-02
V 02

HOJA 1 de 4	Fecha	DD	MM	AA	CONTRATO N° SECOP II CAS-SS-MC-016-2024, Y No INTERNO 3463 DE 2024-12-05
		23	5	2025	

SECRETARIA DE INFRAESTRUCTURA - DIRECCION TECNICA DE CONSTRUCCIONES
(Nombre dependencia responsable del proyecto o contrato: Secretario de despacho, Director de Planeación o representante legal ente descentralizado)

ACTA No. **DE LIQUIDACION DE CONTRATO DE OBRA**

GRADO DE RESPONSABILIDAD

1) Mediante la suscripción de la presente acta de liquidación, el contratista, el interventor y el Supervisor asumen plena responsabilidad por la veracidad de la información en ella contenida, y en esa medida deben garantizar el cumplimiento de todas y cada una de las obligaciones contractuales de las dos partes (Articulo 60 Ley 80 de 1993)

2) En el evento de que se pacten reconocimientos (punto 6 de esta acta) el pago de los mismos solo será procedente cuando se haya demostrado plenamente que en la ejecución del contrato se presentaron circunstancias o hechos especiales, generadores de costos adicionales que deben ser cancelados al contratista. El contratista, interventor y supervisor de contrato, serán plenamente responsables por los reconocimientos pactados.

3) El Responsable de la dependencia respectiva revisará que la información incluida en el acta sea correcta y como prueba de ello colocará su Visto Bueno. Su responsabilidad se limita a garantizar que el contrato se liquide previa aprobación del interventor, del contratista y revisión de las condiciones para su liquidación por parte del supervisor de contrato.

CONTRATO No. 3463 DE 05 DE DICIEMBRE DE 2024
(Numero de) (Año de suscripcion)

LICITACION PUBLICA

CONTRATACION DIRECTA CAS-SS-MC-016-2024
(Indique en este espacio la identificación de la licitación publica o contratación directa efectuada)

OBJETO DEL CONTRATO
(Indique el objeto del contrato de ejecucion suscrito)

MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO Y PREVENTIVO DE LA INFRAESTRUCTURA FISICA DE LA SEDE DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE CASANARE.

LOCALIZACION DEL PROYECTO MUNICIPIO DE YOPAL - CASANARE
(Indique en este espacio el sitio de ejecución del contrato)

PLAZO DE EJECUCION DEL CONTRATO QUINCE (15) DIAS
(Indique en este espacio el numero de dias o de meses para ejecutar el contrato)

FECHA DE INICIACION DEL CONTRATO 12 (Dia) **DE** DICIEMBRE (Mes) **DE** 2024 (Año)

FECHA DE TERMINACION INICIAL DEL CONTRATO 10 (Dia) **DE** FEBRERO (Mes) **DE** 2025 (Año)

CONTRATISTA COMERCIALIZADORA KUM S.A.S. R/L LUIS URIEL MORALEZ CAMENZAQUIRA
(Escriba el nombre o razon social del contratista contratado)

INTERVENTOR N.A
(Escriba el nombre o razon social del interventor del contrato)

SUPERVISOR YHORMAN OSWALDO VARGAS RINCON - DIRECTOR TÉCNICO DE CONSTRUCCIONES
(Escriba el nombre o razon social del funcionario designado para ser el Supervisor de contrato)

En YOPAL a los veintitrés (23) (Indique en este espacio el dia en que se efectua la reunión) dias del mes MAYO (Indique el mes) de 2025 (Año en que se efectua la reunión)

se reunieron LUIS URIEL MORALES CAMENZAQUIRA representante legal de COMERCIALIZADORA KUM S.A.S
(Diligencie este espacio en aquellos casos que no se trate de contratos de interventoria, indicando el nombre del representante legal o delegado del contratista)

YHORMAN OSWALDO VARGAS RINCON como supervisor, ALVARO LUIS RIVERA CONTRERAS Secretario de despacho de la Secretaría de infraestructura del Departamento YURY TATIANA CHAVEZ DUQUE en calidad de Secretara de Salud del Departamento de Casanare, con el fin de liquidar el contrato anteriormente citado de común acuerdo entre las partes, recibidas las obras ejecutadas a satisfacción por parte de la entidad contratante mediante acta de recibo final de fecha 14 de mayo de 2025.

A. ESTADO FINANCIERO

1, Datos Generales

Valor Inicial del Contrato	$ 38,599,984.00	Valor Obra mas ajustes	$ 38,256,624.00
Valor Adiciones	$ -	Valor Anticipo	$ -
Valor del Contrato mas adiciones	$ 38,599,984.00	Valor Anticipo Amortizado	$ -
Valor Obra ejecutada	$ 38,256,624.00	Valor anticipo por amortizar	$ -
		Valor Ajustes $	$ -

Gobernación de Casanare

ACTA DE LIQUIDACION
FO-AB-34
2014-01-02
V 02

HOJA 2 de 4	Fecha	DD	MM	AA	CONTRATO N° SECOP II CAS-SS-MC-016-2024. Y No INTERNO
		23	5	2025	3463 DE 2024-12-05

SECRETARIA DE INFRAESTRUCTURA - DIRECCION TECNICA DE CONSTRUCCIONES

Nombre dependencia responsable del proyecto o contrato (Secretario de despacho, Director de Planeación o representante legal ente descentralizado)

ACTA No. **DE LIQUIDACION DE CONTRATO DE OBRA**

2.Ordenes de Pago

Los valores de la obra ejecutada y sus respectivos ajustes, se relacionan en el acta de recibo final con fecha del 14 de mayo de 2025. incluye la amortización del anticipo.

ACTA No.	MES EJECUCION	ORDEN DE PAGO No.	FECHA	VALOR OBRA	VALOR AJUSTE	ANTICIPO		VALOR DE RETENCION
						AMORTIZADO	SALDO	
		TOTALES						

3, Reservas presupuestales.

Las reservas presupuestales que amparan las obras ejecutadas y los ajustes causados son los siguientes:

Reservas Presupuestales.

No.	FECHA	CODIGO	RUBRO	VALOR	
2403463	06/12/2024		B.8.121000.2.1.2.02.02.005.01	$	27,000,000.00
			B.8.123228.2.1.2.02.02.005.01	$	6,999,982.00
			B.8.12108.2.1.2.02.02.005.01	$	4,600,002.00
			TOTAL	**$**	**38,599,984.00**

B. ESTADO LEGAL

1, Actas

ACTA No.	OBJETO	FECHA	PLAZO
1	ACTA DE INICIO	12/12/2024	Quince (15) dias
2	ACTA DE SUSPENSIÓN No 1	20/12/2024	Un (01) mes
3	ACTA DE REINICIO No 1	20/01/2025	N.A.
4	ACTA DE TERMINACIÓN	26/02/2024	N.A.
5	ACTA DE RECIBO FINAL	14/05/2025	N.A.

2, Contratos Adicionales, Otros y Modificaciones Contractuales

DESCRIPCION DEL DOCUMENTO	No.	OBJETO	FECHA
Acta de modificación de cantidades de obra	1	modificar las cantidades de obra a ejecutar	21/01/2025
Prórroga	1	Ampliar el plazo del contrato en	24/01/2025

3, Acciones Legales en Proceso

CLASE	ETAPA PROCESAL	FECHA	DESPACHO	No. EXPEDIENTE

4- Sanciones

Durante la ejecución y desarrollo del mencionado contrato, se sancionó y multó a _____mediante la(s) resolución(es) No _____y mediante resolución(es) No _____se resolvió el (los) recurso(s) de _____presentado(s) por el contratista por el valor de _____( ) moneda corriente. Del valor anterior se descuenta la suma de _____ del 2% de la retención realizada al contratista y el valor restante lo canceló según recibo No _____

Casanare

ACTA DE LIQUIDACION
FO-AB-34
2014-01-02
V 02

HOJA 3 de 4	Fecha	DD	MM	AA	CONTRATO N° SECOP II CAS-SS-MC-016-2024, Y No INTERNO
		23	5	2025	3483 DE 2024-12-05.

SECRETARIA DE INFRAESTRUCTURA - DIRECCION TECNICA DE CONSTRUCCIONES
Nombre dependencia responsable del proyecto o contrato (Secretario de despacho, Director de Planeación o representante legal ente descentralizado)

ACTA No. **DE LIQUIDACION DE CONTRATO DE OBRA**

5, Garantias

COMPAÑÍA DE SEGUROS	RIESGO	POLIZA No.	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	CERTIF MODIFICAT VIGENCIA	VR. ASEGURADO
Aseguradora solidaria de Colombia	Cumplimiento general del contrato	625-74-994000000809	12/12/2024	12/08/2025	Anexo 4	$3,859,998.40
Aseguradora solidaria de Colombia	Estabilidad y calidad de obra	625-74-994000000809	14/05/2025	14/05/2030	Anexo 4	$3,859,998.40
Aseguradora solidaria de Colombia	Buen manejo y correcta inversión del anticipo	625-74-994000000809	12/12/2024	12/08/2025	Anexo 4	$19,299,992.00
Aseguradora solidaria de Colombia	Pago de salarios, prestaciones sociales e indemnizaciones	625-74-994000000809	12/12/2024	12/02/2028	Anexo 4	$1,929,999.20
Aseguradora solidaria de Colombia	Responsabilidad civil extracontractual	625-74-994000000275	26/01/2024	10/02/2027	Anexo 4	$3,859,998.40

6, Recibo de las Empresas Servicios Públicos (cuando aplique)

EMPRESA	ACTA No.	FECHA	OBSERVACIONES
N.A	N.A.	N.A.	N.A.
OTRO			

En caso de no obtener respuesta por parte de las empresas debe dejarse la siguiente Nota:
Transcurrido un (1) mes a partir de la solicitud, de conformidad con el decreto 0573/84, las empresas que no han cumplido con la entrega de los paz y salvos, dan por recibidas las redes de servicios a entera satisfacción y efectuaran el respectivo pago a favor de DEPARTAMENTO sin lugar a que haya reclamo por parte de las mismas.

6. Reconocimientos (mayores cantidades de obra, ecuación contractual etc.)
En el presente contrato se efectuarán si ___ no _X__ los reconocimientos a los que dio lugar su ejecución, con fundamentos en los
Fundamento Técnico

N.A

Valor del reconocimiento: $ _____ **(números y letras)**
Valor total del contrato: $ _____ **(números y letras)**

7, Cartilla de Conservación o recomendaciones
Se anexa la Cartilla de Conservación o recomendaciones de las obras ejecutadas en desarrollo del contrato en referencia, entregada por el contratista mediante oficio No N.A. (Número de oficio remisorio) la cual consta de N.A (Número de folios de la cartilla) folios
El recibo de las obras relacionadas en el acta No _____ y la liquidación del contrato no releva al contratista de sus responsabilidades y obligaciones de acuerdo con las normas legales vigentes.

C- BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO (DEBE ACONDICIONARSE DE ACUERDO A LAS CIRCUNSTANCIAS)

CONCEPTO	VALOR CONTRATO	VALOR EJECUTADO	VALOR ORDEN DE PAGO
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 38.599.984.00		
VALOR ADICIONES	$ -		
VALOR AJUSTES			
VALOR MAYOR CANTIDAD			
RESTABLECIMIENTO ECUACION CONTRACTUAL			
VALOR RETENCIONES EFECTUADAS			
VALOR OBRA EJECUTADA		$ 38.256.624.00	
VALOR NO EJECUTADO		$ 343.360.00	$ 343.360.00
VALOR SANCIONES			
VALOR ANTICIPO SIN AMORTIZAR			
VALOR OTROS DESCUENTOS (ESPECIFICAR)			
VALOR PENDIENTE DE PAGO AL CONTRATISTA		$ -	$ 38.256.624.00
TOTALES	$ 38.599.984.00	$ 38.599.984.00	$ 38.599.984.00

Casanare

ACTA DE LIQUIDACION
FO-AB-34
2014-01-02
V 02

HOJA 4 de 4	Fecha	DD	MM	AA	CONTRATO N° SECOP II CAS-SS-MC-016-2024, Y No INTERNO
		23	5	2025	3463 DE 2024-12-05.

SECRETARIA DE INFRAESTRUCTURA - DIRECCION TECNICA DE CONSTRUCCIONES

Nombre dependencia responsable del proyecto o contrato (Secretario de despacho, Director de Planeación o representante legal ente descentralizado)

ACTA No. **DE LIQUIDACION DE CONTRATO DE OBRA**

VALOR PENDIENTE DE PAGO AL CONTRATISTA

Nota: El valor pendiente de pago al contratista corresponde a:

TREINTA Y OCHO MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS VEINTICUATRO PESOS M/CTE

$ 38,256,624.00 por concepto de ACTA DE LIQUIDACION FINAL DEL DEL CONTRATO DE OBRA 3463 DE 2024 que se pagara con cargo a los rubros B.8.121000.2.1.2.02.02.005.01 B.8.123228.2.1.2.02.02.005.01 Y B.8.12108.2.1.2.02.02.005.01

SALVEDADES POR PARTE DE LA SUPERVISIÓN:

Una vez realizada la inspección total de la obra, se constató que a la fecha los trabajos se encuentran ejecutados y son recibidos a entera satisfacción de acuerdo a lo establecido en el contrato: en consecuencia, el contratista de obra hace entrega real y efectiva de la obra ejecutada al Departamento de Casanare, mediante acta de recibo final suscrita el 14 de mayo de 2025, donde se relacionan las cantidades de obra ejecutadas

Se deja constancia que la de acuerdo con el titulo III de la ordenanza No 027 del27 de diciembre de 2023, en los articulos No 222, 229, 236, y 250, regula las siguientes estampillas * Estampilla pro desarrollo Departamental, * Estampilla pro cultura, * Estampilla para el bienestar del adulto mayor, * Estampilla pro Unitropico, aplicando exenciones a los contratos y convenios financiados con recursos que por ley correspondan al sector salud, como es el caso del presente contrato.

Igualmente aclara que el contratista mediante oficio con fecha 12 de diciembre de 2024, renuncio al anticipo pactado en la forma de pago del contrato de obra pública No 3463 de 2024/12/05; razón por la cual en el informe final para la liquidación del contrato no se presenta información respecto del anticipo (Plan de inversión del anticipo, acta de desembolso del anticipo, informe de inversión y buen manejo del anticipo, y acta de liquidacion del anticipo).

El recibo de los trabajos terminados, no releva al Contratista de sus responsabilidades y obligaciones a las cuales hace referencia el contrato y las normas legales vigentes.

SALVEDADES POR PARTE DEL CONTRATISTA

Para constancia de lo anterior, firman la presente acta los que en ella intervinieron a los (23) VEINTITRES días del mes de MAYO de 2025

(Mes en que se firma la) (Año de finalización)

Firma

Nombre LUIS URIEL MORALES CAMENZAQUIRA
R/L COMERCIALIZADORA KUM S.A.S.
Contratista

Firma

Nombre YHORMAN OSWALDO VARGAS RINCÓN
Director Técnico de Construcciones
Supervisor

Firma

Nombre ALVARO LUIS RIVERA CONTRERAS
Secretario de Despacho
Secretaria de Infraestructura

Vo. Bo.

YURY TATIANA GRANEZ DUQUE
Secretaria de Despacho
Secretaria de Salud

Original: Oficina Jurídica
1era copia: Interventor
2da copia: contratista
3ra copia: dependencia responsable del contrato

DIAN

Autorización Numeración de Facturación

1876

Espacio reservado para la DIAN

4 Numero de formulario 18764069564378

(415)7707212489984(8020)0018764069564378

5 Numero de Identificacion Tributaria - NIT 6 DV 7 Primer apellido 8 Segundo apellido 9 Primer nombre 10 Otros nombres

9 0 1 6 7 8 9 3 8 1

11 Razón social

COMERCIALIZADORA KUM SAS

12 Direccion seccional

Impuestos y Aduanas de Yopal

Cod

4 4

24 Direccion

DG 14 8 68 BRR LUIS MARIA JIMENEZ

25 Pais

Colombia

26 Departamento

Casanare

27 Municipio

Yopal

La U.A.E. Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, conforme a la facultad discrecional establecida en el articulo 684 - 2 del Estatuto Tributario y en virtud de lo estipulado en la Resolución 000165 del 01/11/2023, por la cual se dictan otras disposiciones en materia de sistemas de facturación; previo estudio y evaluación de la solicitud realizada por el contribuyente, representante legal o apoderado debidamente acreditado; determina autorizar los rangos de numeración de facturación y/o documento equivalente. En los casos en que se agote dicha numeración antes de culminar su vigencia, el interesado tendrá derecho a solicitar una nueva autorización, de acuerdo con el tramite establecido.

Las vigencias de los rangos de numeración de facturación, se contarán a partir de la formalización de éste documento oficial.

Si el obligado a facturar; no hubiere agotado la numeración de facturación transcurrido el término de la vigencia autorizada, con 15 dias de antelación podrá solicitar la habilitación de la numeración sobrante.

Cuando se trate de una solicitud de inhabilitación de la numeración de facturación y/o documento equivalente, la vigencia es permanente, por lo tanto, no procede la habilitación de dichos rangos.

El formato oficial 1876 Autorización numeración de facturación es único e intransferible, solo surte efecto durante la vigencia para el titular del mismo, por ende, su custodia y divulgación es exclusiva responsabilidad del facturador. El uso no autorizado del formato o su adulteración puede tener consecuencias de tipo penal.

Nota: La no adopción o violación de los sistemas técnicos de control, dara lugar a la sanción establecida en el artículo 684-2 del E.T.

Firma del funcionario autorizado

Firma del solicitante

2024-04-25 07:57:52 AM

Fecha Acuse de Recibo

Firmado

984 Apellidos y nombres

985 Cargo

989 Dependencia

990 Lugar administrativo SUBDIRECCION DE FACTURA ELECTRONICA Y SOLUCI

991 Organizacion U.A.E. DIRECCION DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACION

992 Área

993 Establecimiento

1001 Apellidos y nombres MORALES CAMENZAQUIRA LUIS URIEL

1002 Tipo documento Cedula de Ciudadania

1003 No. Identificación 9533597 1004 DV 5

1005 Cod. Representacion Representante Legal Principal

1006 Organizacion COMERCIALIZADORA KUM SAS

997 Fecha formalizacion 2 0 2 4-0 4-2 5 0 7:5 7 5 2

DIAN

Autorización Numeración de Facturación

1876

Espacio reservado para la DIAN

4 Numero de formulario 18764069564378

(415)7707212489984(8020) 001876406956437 9

5 Numero de Identificación Tributaria NIT 6 DV 7 Primer apellido 8 Segundo apellido 9 Primer nombre 10 Otros nombres

9 0 1 6 7 8 9 3 8 1

11 Razon social

COMERCIALIZADORA KUM SAS

Rangos de numeracion para autorizar, habilitar o inhabilitar

	29 Establecimiento	30 Modalidad	Cod	31 Prefijo	32 Desde el número	33 Hasta el numero	38 Vigencia	34 Tipo solicitud	Cod
1	COMERCIALIZADORA KUM SAS DG 14 8 68 BRR LUIS MARIA JIMENEZ	FACTURA ELECTRONICA DE VENTA	4	FEV	1	1,000	24	AUTORIZACIÓN	1
2	29 Establecimiento	30 Modalidad	Cod	31 Prefijo	32 Desde el numero	33 Hasta el numero	38 Vigencia	34 Tipo solicitud	Cod
3	29 Establecimiento	30 Modalidad	Cod	31 Prefijo	32 Desde el numero	33 Hasta el numero	38 Vigencia	34 Tipo solicitud	Cod
4	29 Establecimiento	30 Modalidad	Cod	31 Prefijo	32 Desde el numero	33 Hasta el numero	38 Vigencia	34 Tipo solicitud	Cod
5	29 Establecimiento	30 Modalidad	Cod	31 Prefijo	32 Desde el numero	33 Hasta el numero	38 Vigencia	34 Tipo solicitud	Cod
6	29 Establecimiento	30 Modalidad	Cod	31 Prefijo	32 Desde el numero	33 Hasta el numero	38 Vigencia	34 Tipo solicitud	Cod
7	29 Establecimiento	30 Modalidad	Cod	31 Prefijo	32 Desde el numero	33 Hasta el numero	38 Vigencia	34 Tipo solicitud	Cod
8	29 Establecimiento	30 Modalidad	Cod	31 Prefijo	32 Desde el numero	33 Hasta el numero	38 Vigencia	34 Tipo solicitud	Cod
9	29 Establecimiento	30 Modalidad	Cod	31 Prefijo	32 Desde el numero	33 Hasta el numero	38 Vigencia	34 Tipo solicitud	Cod
10	29 Establecimiento	30 Modalidad	Cod	31 Prefijo	32 Desde el numero	33 Hasta el numero	38 Vigencia	34 Tipo solicitud	Cod
11	29 Establecimiento	30 Modalidad	Cod	31 Prefijo	32 Desde el numero	33 Hasta el numero	38 Vigencia	34 Tipo solicitud	Cod

20

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141182169137

(415)7707212489984(8020) 000014118216913 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
9 0 1 6 7 8 9 3 8	1	Impuestos y Aduanas de Yopal	4 4	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación
Persona jurídica 1		

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres

35. Razón social
COMERCIALIZADORA KUM SAS

36. Nombre comercial	37. Sigla
	KUM SAS

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Casanare 8 5	Yopal 0 0 1

41. Dirección principal
DG 14 8 68 BRR LUIS MARIA JIMENEZ

42. Correo electrónico comercializadorakumsas@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 1 8 8 9 3 8 4 6	3 1 1 5 5 0 1 6 5 5

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
4 6 1 0	2 0 2 4 0 1 0 1	4 6 6 4	2 0 2 4 0 1 0 1					

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	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
53. Código	5	7	1	0	1	4	4	2	4	8	5	2	5	5												

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar 55 - Informante de Beneficiarios Finales
07- Retención en la fuente a título de rent
10- Obligado aduanero
14- Informante de exogena
42- Obligado a llevar contabilidad
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico

Usuarios aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
1	3	57. Modo	1		
		58. CPC	5 4		

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 [X] 60. No. de Folios: 0

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 MORALES CAMENZAQUIRA LUIS URIEL
985. Cargo Representante legal Certificado

Fecha generación documento PDF: 29-10-2025 04:05:28PM

COMERCIALIZADORA KUM SAS

NIT 901678938-0
Régimen Responsable de IVA Persona Jurídica
DG 14 8 68 Yopal Casanare Colombia
Teléfono 3218893846 - 3115501655
Email Comercializadorakumsas@gmail.com

CERTIFICACION DE PAGOS DE APORTES

AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES (PERSONA JURIDICA)

LUIS URIEL MORALES COMENZAQUIRA identificada con cedula de ciudadanía No. 9.533.597 de Sogamoso, en mi condicion de representante legal y **HANJI ALEXANDRA SIERRA DURAN**, Identificada con cedula de ciudadanía N.° 1.057.590.201, expedida en Sogamoso, en mi condición de Contador Publico de la sociedad **COMERCIALIZADORA KIM SAS** Identificada con Nit: 901678938-0, del contrato de Obra No. 3463-2024 cuyo objeto es **MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO Y PREVENTIVO DE LA INFRAESTRUCTURA FISICA DE LA SEDE DE LA SECRETARIA DE SALUD DE CASANARE**

CERTIFICAMOS que los aportes al sistema de seguridad social fueron registrados, contabilizados y forman parte de los estados financiero de la **COMERCIALIZADORA KUM SAS** y que fueron pagados a los diferentes subsistemas en **SALUD, PENSIÓN, RIESGOS LABORALES, CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR**, y así como el pago al Fondo para la Industria de la Construcción – FIC – SENA durante los periodos de ejecución del 12 de diciembre de 2024 al 20 de diciembre de 2024 y del 20 de enero del 2025 al 10 de febrero de 2025, en vigencia del contrato de obra 3463 de 05/12/2024 Para el acta de recibo y liquidación del contrato

PERIODO COTIZADO	IBC	PENSION	AFP	SALUD	EPS	CCF 4% COMFACA SANARE	ARL SURA RIESGO (V)	SENA 2%	ICBF 3%	No. PLANILLA	FIC SENA	REF. PAGO
DICIEMBRE 2024	$1.300.000 $ 693.334	$208.000 $ 111.000	PORVENIR COLPENSIONES	$162.500 $27.800	NUEVA EPS SANITAS SA	$27.800	$6.800 $3.800	0	0	79534219 11 82765060		

COMERCIALIZADORA KUM SAS

NIT. 901678938-0
Regimen. Responsable de IVA Persona Juridica
CG 14 B 68. Yopal. Casanare. Colombia
Teléfono 3218893846 - 3115501655
Email. Comercializadorakumsas@gmail.com

Enero 2025	$1.500.000 $ 521.960	$ 240.000 $85.400	PORVENIR COLPENSIONES	$60.300 $66.700	NUEVA EPS SANITAS SA	$ 60.000	$ 7.300 $2.900			83698198 4596756879			
Febrero 2025	$1.500.000 $ 1.846.667	$ 240.000 $295.900	COLPENSIONES PORVENIR	$60.000 $230.900	NUEVA EPS SANITAS SA	$ 60.000	$ 7.300 $ 19.300			84476036 1747248345	$ 388.000	129934131	

La empresa **COMERCIALIZADORA KIM SAS**, se acoge al beneficio de exoneración al articulo 114 - 1 (Exoneración de aportes) del estatuto **tributario, nos indica que Estarán exoneradas del pago de los aportes parafiscales a favor del Servicio Nacional del Aprendizaje (SENA), del** Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), de igual manera mediante la Resolución 1449 de 2012 del SENA, Por la cual se regula el funcionamiento del Fondo Nacional de Formación Profesional de la Industria de la Construcción FIC. Todo contrato de obra debe liquidar y contribuir con este fondo. Para este contrato se liquidó por mano de obra, aplicando la siguiente formula: valor total del contrato por el 1%. Dicho lo anterior el valor se cancela en el último mes de ejecución

Lo anterior de acuerdo a lo establecido en la ley 789/2002 Articulo 50 control a la evasión de los recursos parafiscales

En constancia se firma este documento a los once (02) días del mes de mayo de 2025

LUIS URIEL MORALES COMENZAQUIRA
R/L COMERCIALIZADORA KUM SAS

HANJI ALEXANDRA SIERRA DURAN
CONTADOR PUBLICO
T.P. N° 317357-T

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901678938-1	COMERCIALIZADORA KUM SAS	DIAGONAL 14	6348495	comercializadorakumsas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c		CASANARE	YOPAL		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-11	E	02/12/2024	82233283	$367.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	60.000	0		0		0	0	0	0	60.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	240.000	0	0	0	0	0	0		240.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	7.900				7.900	0	0	7.900			79	7.900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF69	Comfacasanare	844003392-8	60.000	0	0	60.000	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	60.000	60.000
Pensión	1	240.000	240.000
Riesgos Laborales	1	7.900	7.900
CCF	1	60.000	60.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	367.900	367.900

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

COPIA

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901678938-1	COMERCIALIZADORA KUM SAS	DIAGONAL 14	6348495	comercializadorakumsas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	B – menos de 200 c			CASANARE	YOPAL	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-11	E	02/12/2024	82233283	$367.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excerado	IRG	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VIP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	9533597	MORALES CAMENZAQUIRA LUIS URIEL	1	0			S																	25-14	1.500.000	240.000	0	0	0	0	EPS041	1.500.000	60.000	14-23	1.500.000	1	7.900	CCF69	1.500.000	60.000	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

BBVA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1116532282
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL			RODRIGO PEREZ PEDRAZA
CIUDAD/MUNICIPIO:	YOPAL	DEPARTAMENTO:	CASANARE
DIRECCIÓN:	CALLE 12 N 21A 22	TELÉFONO:	6345169
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicio de información n.c.
FORMA DE PRESENTACIÓN	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA	003 - ALCALDIA YOPAL2
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	7953421911	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES diciembre AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES diciembre AÑO 2024
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)	2024/12/18	NÚMERO AUTORIZACIÓN.	1136127175

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 208.000	$ 0	$ 208.000
SUBTOTALES:										**$ 208.000**	**$ 0**	**$ 208.000**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 162.500
SUBTOTALES:													**$ 162.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 162.500**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 6.800	$ 6.800	$ 0	$ 0	$ 6.800
SUBTOTALES:									**$ 6.800**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 6.800**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 1116532282	PEREZ PEDRAZA RODRIGO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.300.000			NO																	

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
230301-PORVENIR	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD

ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE
EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500

SEGURIDAD SOCIAL — ARP

ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.300.000	111653228	$ 6.800

PARAFISCALES

DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 377.300

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901678938-1	COMERCIALIZADORA KUM SAS	DIAGONAL 14	6348495	comercializadorakumsas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	B – menos de 200 c			CASANARE	YOPAL	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				2	0
					TOTAL A PAGAR	
2025-01	2024-12	E	19/12/2024	82765060	$170.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPSC25	Capresoca EPS	891856000-7	27.800	0		0		0	0	0	0	27.800	2

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	55.500	0	0	0	0	0	0		55.500	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	55.500	0	0	0	0	0	0		55.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	3.800				3.800	0	0	3.800			38	3.800	2

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF69	Comfacasanare	844003392-8	27.800	0	0	27.800	2

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	27.800	27.800
Pensión	2	111.000	111.000
Riesgos Laborales	1	3.800	3.800
CCF	1	27.800	27.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	5	170.400	170.400

COPIA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901678938-1	COMERCIALIZADORA KUM SAS	DIAGONAL 14	6348495	comercializadorakumsas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	B – menos de 200 c			CASANARE	YOPAL	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					2	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-01	2024-12	E	19/12/2024	82765060	$170.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1007765468	DAZA MOLINA YADIRA MARLEN	1	0			S	X	X															230301	346.667	55.500	0	0	0	0	EPSC25	346.667	13.900	14-23	346.667	1	1.900	CCF69	346.667	13.900	0	0	0	0	0
2	CC	79528011	TORRES RODRIGUEZ REINALDO	1	0			S	X	X															25-14	346.667	55.500	0	0	0	0	EPSC25	346.667	13.900	14-23	346.667	1	1.900	CCF69	346.667	13.900	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901678938-1	COMERCIALIZADORA KUM SAS	DIAGONAL 14	6348495	comercializadorakumsas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c		CASANARE	YOPAL		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2025-01	2024-12	E	13/01/2025	83303182	TOTAL A PAGAR	
					$367.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	60.000	0		0		0	0	0	0	60.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	240.000	0	0	0	0	0	0		240.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	7.900				7.900	0	0	7.900			79	7.900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF69	Comfacasanare	844003392-8	60.000	0	0	60.000	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	60.000	60.000
Pensión	1	240.000	240.000
Riesgos Laborales	1	7.900	7.900
CCF	1	60.000	60.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	367.900	367.900

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

CARTA DE ACEPTACIÓN

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901678938-1	COMERCIALIZADORA KUM SAS	DIAGONAL 14	6348495	comercializadorakumsas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c		CASANARE	YOPAL		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-01	2024-12	E	13/01/2025	83303182	$367.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza. exterior	Colombiano	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	9533597	MORALES CAMENZAQUIRA LUIS URIEL	1	0			S																	25-14	1.500.000	240.000	0	0	0	0	EPS041	1.500.000	60.000	14-23	1.500.000	1	7.900	CCF69	1.500.000	60.000	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACION:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1118532282
NOMBRE O RAZON SOCIAL			RODRIGO PEREZ PEDRAZA
CIUDAD/MUNICIPIO:	YOPAL	DEPARTAMENTO:	CASANARE
DIRECCION:	CALLE 12 N 21A 22	TELEFONO:	6345169
TIPO APORTANTE:	07-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicio de información n.c.
FORMA DE PRESENTACION:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	121 - PLANTA 2
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			45867568679	TIPO DE PLANILLA:	INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	enero AÑO	2025	PERIODO COTIZACION SALUD:	MES enero AÑO 2025
DIAS DE MORA:			33		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2025/03/25	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9992117691

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP			MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO	
230301	230301-PORVENIR	1	$ 83.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.800	$ 0	$ 83.600	$ 1.800	$ 85.400	
SUBTOTALES:										$ 83.600	$ 1.800	$ 85.400	

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACION	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 65.300	$ 0	$ 1.400	$ 0	$ 65.300	$ 1.400	$ 0	$ 66.700
SUBTOTALES:													$ 65.300	$ 1.400	$ 0	$ 66.700

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACION	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACION	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO	
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 2.800	$ 2.800	$ 100	$ 0	$ 2.900	
SUBTOTALES:									$ 2.800	$ 100	$ 0	$ 2.900	

LIQUIDACIÓN DE LA PLANILLA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE								NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																												PARAFISCALES						
Nº	IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN						SALUD						ARL						CCF	SENA	ICBF	ESAP	MINEDU						
																										ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1118532282	PEREZ PEDRAZA RODRIGO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 1.423.500				NO	20	30														230301-PORVENIR	11	$ 621.960	$ 83.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 83.600	EPS005-SANITAS S.A.	11	$ 621.960	$ 65.300	$ 0	$ 65.300	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	11	$ 621.960	111853228	$ 2.600		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 155.000

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901678938-1	COMERCIALIZADORA KUM SAS	DIAGONAL 14	6348495	comercializadorakumsas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c		CASANARE	YOPAL		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2025-02	2025-01	E	04/02/2025	83698198	$367.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	60.000	0		0		0	0	0	0	60.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	240.000	0	0	0	0	0	0		240.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	7.900				7.900	0	0	7.900			79	7.900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF69	Comfacasanare	844003392-8	60.000	0	0	60.000	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	60.000	60.000
Pensión	1	240.000	240.000
Riesgos Laborales	1	7.900	7.900
CCF	1	60.000	60.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	367.900	367.900

COPIA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901678938-1	COMERCIALIZADORA KUM SAS	DIAGONAL 14	6348495	comercializadorakumsas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c		CASANARE	YOPAL		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-02	2025-01	E	04/02/2025	83698198	$367,900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	IRG	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	9533597	MORALES CAMENZAQUIRA LUIS URIEL	1	0			S																	25-14	1,500,000	240,000	0	0	0	0	EPS041	1,500,000	60,000	14-23	1,500,000	1	7,900	CCF69	1,500,000	60,000	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1118532282
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			RODRIGO PEREZ PEDRAZA
CIUDAD/MUNICIPIO:	YOPAL	DEPARTAMENTO:	CASANARE
DIRECCIÓN:	CALLE 12 N 21A 22	TELÉFONO:	6345169
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicio de información n.c.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	003 - ALCALDIA YOPAL P
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			1747248345	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	febrero AÑO	2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES febrero AÑO 2025
DÍAS DE MORA:			0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2025/03/14	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9992037131

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 295.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 295.500	$ 0	$ 295.500
SUBTOTALES:										**$ 295.500**	**$ 0**	**$ 295.500**

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 230.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 230.900	$ 0	$ 0	$ 230.900
SUBTOTALES:													**$ 230.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 230.900**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 19.300	$ 19.300	$ 0	$ 0	$ 19.300
SUBTOTALES:									**$ 19.300**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 19.300**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	RETORNA TRIBUTARIA	NOVEDADES ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 1118532282	RODRIGO PEDRAZA PEDRAZA	3-DEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 2.300.000			NO	09								09-30								

SEGURIDAD SOCIAL – PENSIÓN ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMBARGO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
233301-PORVENIR	30	$ 1.846.667	$ 295.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 295.500

SEGURIDAD SOCIAL – SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE
EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.846.667	$ 230.900	$ 0	$ 230.900

SEGURIDAD SOCIAL – ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.846.667	111853228	$ 19.300

SEGURIDAD SOCIAL – PARAFISCALES	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
	$ 0			$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 545.700

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901678938-1	COMERCIALIZADORA KUM SAS	DIAGONAL 14	6348495	comercializadorakumsas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c		CASANARE	YOPAL		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2025-03	2025-02	E	11/03/2025	84476036	TOTAL A PAGAR	
					$367.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	60.000	0		0		0	0	0	0	60.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	240.000	0	0	0	0	0	0		240.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	7.900				7.900	0	0	7.900			79	7.900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF69	Comfacasanare	844003392-8	60.000	0	0	60.000	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	60.000	60.000
Pensión	1	240.000	240.000
Riesgos Laborales	1	7.900	7.900
CCF	1	60.000	60.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	367.900	367.900

COPIA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901678938-1	COMERCIALIZADORA KUM SAS	DIAGONAL 14	6348495	comercializadorakumsas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c		CASANARE	YOPAL		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-03	2025-02	E	11/03/2025	84476036	$367.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																	PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cobro exterior	Exonerado	IRG	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	9533597	MORALES CAMENZAQUIRA LUIS URIEL	1	0			S																	25-14	1.500.000	240.000	0	0	0	0	EPS041	1.500.000	60.000	14-23	1.500.000	1	7.900	CCF69	1.500.000	60.000	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901678938-1	COMERCIALIZADORA KUM SAS	Diagonal 14 8 68	6348495	comercializadorakumsas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	B – menos de 200 c			CASANARE	YOPAL	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2025-04	2025-03	E	28/04/2025	85289966	TOTAL A PAGAR	
					$372.600	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	60.000	0		0		0	19	800	0	60.800	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	240.000	0	0	0	0	19	3.000	0	243.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	7.900				7.900	19	100	8.000			79	8.000	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF69	Comfacasanare	844003392-8	60.000	19	800	60.800	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	19	0	0	0
ICBF				
0	19	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	60.000	60.800
Pensión	1	240.000	243.000
Riesgos Laborales	1	7.900	8.000
CCF	1	60.000	60.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	367.900	372.600

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901678938-1	COMERCIALIZADORA KUM SAS	Diagonal 14 8 68	6348495	comercializadorakumsas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c		CASANARE	YOPAL		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-04	2025-03	E	28/04/2025	85289966	$372.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza en Mixtor	Estudiante	IRA	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	INL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	9533597	MORALES CAMENZAQUIRA LUIS URIEL	1	0			S																	25-14	1.500.000	240.000	0	0	0	0	EPS041	1.500.000	60.000	14-23	1.500.000	1	7.900	CCF69	1.500.000	60.000	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901678938-1	COMERCIALIZADORA KUM SAS	Diagonal 14 8 68	6348495	comercializadorakumsas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	B – menos de 200 c			CASANARE	YOPAL	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2025-05	2025-04	E	05/05/2025	86085693	TOTAL A PAGAR	
					$367.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	60.000	0		0		0	0	0	0	60.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	240.000	0	0	0	0	0	0		240.000	4

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
			Obligatoria	No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	7.900				7.900	0	0	7.900			79	7.900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF69	Comfacasanare	844003392-8	60.000	0	0	60.000	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	60.000	60.000
Pensión	1	240.000	240.000
Riesgos Laborales	1	7.900	7.900
CCF	1	60.000	60.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	367.900	367.900

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901678938-1	COMERCIALIZADORA KUM SAS	Diagonal 14 8 68	6348495	comercializadorakumsas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	B – menos de 200 c			CASANARE	YOPAL	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-04	E	05/05/2025	86085693	$367.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	9533597	MORALES CAMENZAQUIRA LUIS URIEL	1	0			S																	25-14	1.500.000	240.000	0	0	0	0	EPS041	1.500.000	60.000	14-23	1.500.000	1	7.900	CCF69	1.500.000	60.000	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

BBVA

BBVA COLOMBIA
NIT 860.003.020-1

CERTIFICA

Que **COMERCIALIZADORA KUMSAS** identificado(a) con **número 901.678.938** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **Cuenta Corriente No 00130981000100038128** aperturada el **17 de abril de 2024**, cuenta **activa** y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

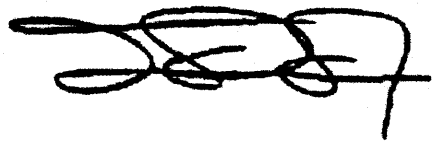
El número de cuenta podrá ser utilizada en nuestros canales como se indica a continuación:

9 dígitos: **981038128**
10 dígitos: **0981038128**
16 dígitos: **0981000100038128**

Recuerde que para pago en nómina a través de Net Cash, el formato a utilizar es de 16 dígitos.

Esta certificación se expide a solicitud del titular el día **30** de **octubre** de **2025** a las **15:00**, con destino a **Quien Interese.**

FIRMA AUTOGRAFICA



FIRMA AUTORIZADA
BBVACOLOMBIA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

BBVA COLOMBIA ESTABLECIMIENTO BANCARIO