



REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CASANARE
NIT. 892.099.216-6

BPAG

NDT - COMPR. EGRESO TESORERIA CRC-03

COMPROBANTE DE EGRESO: NDT - 20261145

FECHA : 04-JUN-2026

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

Documento de Causación: OP-20261851

Radicado :

Contrato: CO 5074 ENE 23 DE 2026

Acta de Pago : 4 DE 9

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 4 DE 9 CONTRATO 5074 DEL 23 DE ENERO DE 2026 PERIODO A COBRAR DEL 26 DE ABRIL DE 2026 AL 25 DE MAYO DE 2026 EJECUTAR ACCIONES DE REVISIÓN Y VALIDACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE FACTURACIÓN EN SALUD, QUE PERMITAN GARANTIZAR LA OPORTUNIDAD, CONSISTENCIA Y TRAZABILIDAD EN EL RECONOCIMIENTO Y PAGO D

Orden de Pago	Descripción	Valor
OP 20261851	NANCY PAOLA ARIAS GALINDO	3.667,356.00

TOTALES CONTABLES

3,667,356.00

Movimiento Contable

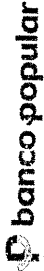
3,667,356.00	3,667,356.00
Debitos	Creditos
240101003 Honorarios y Servicios	3,667,356.00 0.00
111006007002 Popular 814-4 Otros Recurs Invers.Salud	0.00 3,667,356.00

Heiler

Elaboró
Fecha de Aplicación: 04-JUN-2026

Revisó
Usuario: TESOCONSULTA

Aprobó
Terminal: GOBCAS\HATE-DLN-0908



Archivos Cargados

Empresa: DEPARTAMENTO DE CASANARE
Tipo Dcto: NIT Persona Jurídica No. Dcto: 892099216
Generado por: YOLMAN 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
Pagos		814-4PAGOJUN4	PFDG01KECU	2026/06/04	\$15,331,444.00	4	Procesado

Información Adicional

Fecha Carga	Hora Carga	Hora Envío	Usuario Creador	Fecha Actualización	Hora Actualización	Valor Total Archivo	Valor Archivo Enviado
2026/06/04	11:35:03	14:28:49	YOLMAN ESTEPA	2026/06/05	17:00:27	\$15,331,444.00	\$15,331,444.00

Valor Registros	Valor Registros Errados	No. Total Registros	No. Registros	No. Registros en	Usuario Aprueba/Rechaza
\$0.00		4	0	0	HEILER EFREN FUENTES

Usuario Aprueba/Rechaza

Nombres y Apellidos		Fecha Autorización	Acción
HEILER EFREN FUENTES		2026/06/04 14:28:43	Aprobado

Resumen Registros

Producto Originador	Fecha Efectiva	Valor Transacción	No. Identificación Receptor	Nombre Receptor	Entidad Financiera	No. Producto Destino	Estado
220252138144	2026/06/04	\$3,667,356.00	1052393685	LINA MARIA NINO COY	Banco Bibao Vizcaya Argentina Colombia S.A.	0981009422	Exitoso
220252138144	2026/06/04	\$3,667,356.00	1115859489	MARILY ANDREA GUALDRON	Banco Davivienda	0550488405282994	Exitoso
220252138144	2026/06/04	\$3,667,356.00	1118536992	NANCY PAOLA ARIAS GALI	Bancolombia	36313583770	Exitoso
220252138144	2026/06/04	\$4,329,376.00	33646183	MARTHA SIRLEY BERNAL G	Bancolombia	01169191502	Exitoso

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CASANARE

NIT. 892.099.216-6

ORDEN DE PAGO No: 03 - 20261851

VALOR: \$3,704,400.00

FECHA: 03-JUN-2026

IRVASE NANCY PAOLA ARIAS GALINDO
AGARA :

NIT: 1118536992

SUMA DE : TRES MILLONES SETECIENTOS CUATRO MIL CUATROCIENTOS PESOS MCTE

CONCEPTO: PAGO 4 DE 9 CONTRATO 5074 DEL 23 DE ENERO DE 2026 PERIODO A COBRAR DEL 26 DE ABRIL DE 2026 AL 25 DE MAYO DE 2026 EJECUTAR ACCIONES DE REVISIÓN Y VALIDACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE FACTURACIÓN EN SALUD, QUE PERMITAN GARANTIZAR LA OPORTUNIDAD, CONSISTENC

814-4
Popular

MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

RUBRO

DESCRIPCION

VALOR

8.01.18.1803.0900.2024006960060.180657.12.1000.01.2.2.2.042

Mejoramiento institucional y sectorial, para el ejercicio de la autoridad sanitaria, gobernabilidad e inspección, vigilancia y control al SGSSS en el departamento de Casanare

3,704,400.00

REGISTRO CONTABLE

CODIGO

CUENTA

DEBITO

CREDITO

50205081

Honorarios Renta de Trabajo

3,704,400.00

43627002

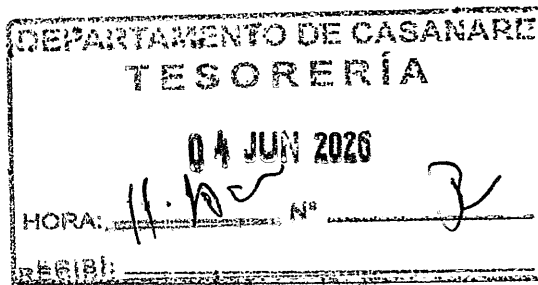
Retención de Impuesto de ICA Yopal

37,044.00

40101003

Honorarios y Servicios

3,667,356.00



Amador
ORDENADOR DEL PAGO

Harta
TESORERO

NETO A PAGAR \$3,667,356.00

DIRECTOR DE CONTABILIDAD

RECIBI

C.C. & NIT

BANCO

No. CUENTA

de Contabilidad

No. CHEQUE

FECHA

03 JUN 2026

Dirección de Contabilidad

03 JUN 2026

M

PR



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, 01 de junio de 2026 Contrato No. SECOP II CAS- CAS-FDS-CDPSP-081-2026 y Numero interno 5074 Fecha del Contrato: 23/01/2026

Nombre y apellidos y 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: EJECUTAR ACCIONES DE REVISIÓN Y VALIDACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE FACTURACIÓN EN SALUD, QUE PERMITAN GARANTIZAR LA OPORTUNIDAD, CONSISTENCIA Y TRAZABILIDAD EN EL RECONOCIMIENTO Y PAGO DE LOS SERVICIOS DE SALUD BAJO RESPONSABILIDAD DEPARTAMENTAL IMPACTANDO LOS 5 NODOS DEL DEPARTAMENTO DE CASANARE	
Dirección Residencia:	BARRIO SANTA MARTA CL 37 A 38 72
Celular:	3102891588
Duración Del Contrato:	9 Meses
Acta De Inicio:	26 de enero de 2026
Periodo de Cobro:	26/04/2026 al 25/05/2026
Número de periodo:	4 DE 9
Valor Total del Contrato de prestación de servicios:	\$ 33.339.600.00
Valor Ejecutado a la fecha:	\$ 14.817.600.00
Saldo por facturar del Total del Contrato:	\$ 18.522.000.00
Valor a pagar según plan de pagos del SECOP II (Valor en número y letras)	\$ 3.704.400 (tres millones setecientos cuatro mil cuatrocientos pesos M/CTE)
Saldo a favor del Departamento:	\$ 0

Secretaría de Hacienda
DIRECCIÓN TÉCNICA DE CONTABILIDAD

006650
03 JUN 2026

Recibí: [Firma]
Hoy: 4.20.26

[Firma]

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, 01 de junio de 2026

Señores

GOBERNACIÓN DE CASANARE

Dirección Técnica de Contabilidad

La ciudad



Oficina Jurídica
Secretaría de Salud
REVISADO

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 2026 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 26/04/2026 y el 25/05/2026, 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 - \$5.237.400). Art 387 ET	\$
Deducción por pagos de medicina prepagada o seguros de salud. (Hasta 16 UVT mensuales - \$ 837.984). 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 (\$1.675.968) Art 387 ET.

IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PARENTESCO	EDAD
1029647293	PAULA ALEJANDRA	GIL	ARIAS	HIJA	18

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 (\$16.602.558).

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- CAS-FDS-CDPSP-081-2026 Y No INTERNO 5074 DE 23/01/2026 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, 01/06/2026 Número y fecha del Contrato: SECOP II CAS- CAS-FDS-CDPSP-081-2026 Y No INTERNO 5074 de 23/01/2026

CPSP ☒ CPSAG ☐ Periodo de pago: DE 26/04/2026 A: 25/05/2026 Informe No. 4 de 9

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: 10/03/2026

Objeto del Contrato: EJECUTAR ACCIONES DE REVISIÓN Y VALIDACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE FACTURACIÓN EN SALUD, QUE PERMITAN GARANTIZAR LA OPORTUNIDAD, CONSISTENCIA Y TRAZABILIDAD EN EL RECONOCIMIENTO Y PAGO DE LOS SERVICIOS DE SALUD BAJO RESPONSABILIDAD DEPARTAMENTAL IMPACTANDO LOS 5 NODOS DEL DEPARTAMENTO DE CASANARE.

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: (09) Meses (incluir adicional, si aplica) Meses Ejecutados: (04) Meses (incluir adicional, si aplica)

Fecha de suscripción del Acta de Inicio : 26/01/2026 Fecha de Terminación: 25/10/2026 (incluir adicional, si aplica)

ESTADO FÍSICO: Hasta la fecha 25/05/2026 El Contrato de Prestación de Servicios presenta una ejecución mensual del 44.44%, contra una programada de 100% del Total. (incluir adicional, si aplica)

A. Estado financiero: (incluir adicional, si aplica)

Valor Total del Contrato de prestación de servicios:	\$33.339.600
Valor Ejecutado a la fecha:	\$ 14.817.600.
Saldo por facturar del Total del Contrato:	\$18.522.000
Valor a pagar según plan de pagos del SECOP II (Valor en número y letras)	3.704.400(tres millones setecientos cuatro mil cuatrocientos pesos M/CTE)
Saldo a favor del Departamento:	\$0

Forma de Pago (Diligencie según minuta): El valor del presente contrato se pagará mediante nueve (9) mensualidades vencidas, por valor de TRESMILLONES SETECIENTOS CUATRO MIL CUTROCIENTOS PESOS M/CTE (\$ 3.704.400,00), para un presupuesto total de TREINTA Y TRES MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS Pesos M/Cte (\$33.339.600). Los pagos se realizarán previa presentación del informe por parte del contratista, la acreditación que se encuentran al día en el pago de aportes relativos al sistema de seguridad social integral y la aprobación por parte del supervisor del contrato. El contratista deberá cargar un informe consolidado incluyendo anexos en la plataforma Secop II, donde evidencia el cumplimiento porcentual a cobrar de las actividades realizadas. Se indica además que el proyecto del cual depende la presente inversión se encuentra actualizado y cuenta con los recursos que garanticen su ejecución.

Cuenta bancaria autorizada para Giro: Tipo: AHORROS
No. 36313583770
Entidad Financiera: BANCOLOMBIA

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

Contrato Inicial	Concepto	Fuente	Número	Fecha	Valor
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal	8.OI.19.1903.0300 .20240058500 50.190557.121000 .01.2.3.2.042	2601053	20/01/2026	\$ 33.339.600
	Registro Presupuestal	8.OI.19.1903.0300 .20240058500 50.190557.121000 .01.2.3.2.042	26005074	23-01-2026	\$ 33.339.600
Contrato Adicional y/o Prórroga	Certificado de Disponibilidad Presupuestal				
	Registro Presupuestal				
Plazo meses y/o días): # Meses y # días.		Fecha Suscripción: dd-mm-aaaa		Nueva Fecha Terminación Contrato: dd-mm-aaaa	

C. Información de acta de suspensión, ampliación y reinicio o cesión de contrato (Diligencie si aplica)

Concepto	Número	Fecha	Tiempo
Acta de Suspensión		dd-mm-aaaa	# Meses y # días.
Acta de Ampliación de suspensión		dd-mm-aaaa	# Meses y # días.



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

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	\$	\$	\$

3. INFORMACIÓN DE PÓLIZAS (Diligenciar solamente si aplica)

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 integral)

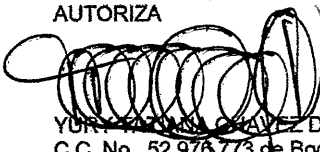
Concepto	% Liquidación	No. Planilla	Ingreso Base Cotización	Cotización Obligatoria	Valor Cancelado	Mes Cancelado	Entidad
SALUD	12.5	9505772959	1,750,905	218,900	218,900	Mayo 2026	Sanitas
PENSIÓN	16	9505772959	1,750,905	280,200	280,200	Mayo 2026	Positiva
ARL	Nivel Riesgo:	No. Planilla:	Valor cancelado:	Entidad:			
	3	9505772959	\$42,700	Porvenir			

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

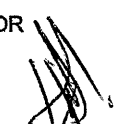
Municipio	Base Retención de ICA	Porcentaje %
Yopal	3.704.400	100%

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 OMAR CARRILLO LEMUS
C.C. No. 52.976.773 de Bogotá
Secretaría de Salud de Casanare
Decreto No. 0001 del 01-01-2024

SUPERVISOR


HAISON OMAR CARRILLO LEMUS
No. 74814412 de Yopal
Cargo: Profesional Especializado Dirección de SSGC
Número y/o fecha designación: 11/02/2026

Revisó: _____

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 111836992		ARIAS GALINDO NANCY PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 37 A 38-72	YOPAL-CASANARE	5555555	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Clave	Planilla	Tipo	Fecha	Pago				
Pensión	Salud	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor	
2026-05	333185337	950572959	1	2026/06/23	2026/06/01	BANCOLOMBIA	0	\$541,800	

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$42,700	\$0	\$0	\$42,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$42,700	\$0	\$0	\$42,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900
TOTAL				1	\$541,800	\$0	\$0	\$541,800

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	No
CC 1118536992		ARIAS GALINHO NANCY PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 37 A 38-72	YOPAL-CASANARE	55555555		
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha	Pago				
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Límite	Pago		Banco	Días Hora	Valor
2024-05	2024-05	353185337		2026/06/23	2026/06/01		BANCOLOMBIA	0	\$541,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES									
EMPLEADO					PENSION				
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC
Sacursal PRINCIPAL (1 Afiliados)									
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)									
Ciudad: YOPAL Depto: CASANARE (1 Afiliados)									
1	CC 1118536992	ARIAS NANCY	230301	30	\$1,750,905	\$280,200	EPS005	30	\$1,750,905
Total Afiliados(1)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905
					SALUD				
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC
Sacursal PRINCIPAL (1 Afiliados)									
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)									
Ciudad: YOPAL Depto: CASANARE (1 Afiliados)									
1	CC 1118536992	ARIAS NANCY	230301	30	\$1,750,905	\$280,200	EPS005	30	\$1,750,905
Total Afiliados(1)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905
					CCF				
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC
Sacursal PRINCIPAL (1 Afiliados)									
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)									
Ciudad: YOPAL Depto: CASANARE (1 Afiliados)									
1	CC 1118536992	ARIAS NANCY	230301	30	\$1,750,905	\$42,700	14-23	30	\$1,750,905
Total Afiliados(1)					\$1,750,905	\$42,700			\$1,750,905
					RIESGOS				
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC
Sacursal PRINCIPAL (1 Afiliados)									
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)									
Ciudad: YOPAL Depto: CASANARE (1 Afiliados)									
1	CC 1118536992	ARIAS NANCY	230301	30	\$1,750,905	\$42,700	14-23	30	\$1,750,905
Total Afiliados(1)					\$1,750,905	\$42,700			\$1,750,905
					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC
Sacursal PRINCIPAL (1 Afiliados)									
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)									
Ciudad: YOPAL Depto: CASANARE (1 Afiliados)									
1	CC 1118536992	ARIAS NANCY	230301	30	\$1,750,905	\$42,700	14-23	30	\$1,750,905
Total Afiliados(1)					\$1,750,905	\$42,700			\$1,750,905