



REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CASANARE
NIT. 892.099.216-6

BPAG

NDT - COMPR. EGRESO TESORERIA CRC-03

COMPROBANTE DE EGRESO: NDT - 20261534

FECHA : 06-JUL-2026

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

Documento de Causación: OP-20262309

Radicado :

Contrato: CO 5123 ENE 27 DE 2026

Acta de Pago : 5 DE 9

Tercero : 1052393685 - LINA MARIA NINO COY

Beneficiario : 1052393685 - LINA MARIA NINO COY

Cuenta Beneficiario	Entidad Financiera	Tipo de Cuenta
0981009422	BANCO BBVA	A

Concepto: PAGO 5 DE 9 CONTRATO 5123 DEL 27 DE ENERO DE 2026 PERIODO A COBRAR DEL 29 DE MAYO DE 2026 AL 28 DE JUNIO DE 2026 BRINDAR APOYO PARA LA EVALUACIÓN Y VALIDACIÓN DE LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS ASOCIADOS A LAS CUENTAS DE SERVICIOS DE SALUD BAJO RESPONSABILIDAD DEPARTAMENTAL, ASEGURANDO LA

Orden de Pago	Descripción	Valor
OP 20262309	LINA MARIA NINO COY	3,667,356.00

TOTALES CONTABLES

3,667,356.00

Movimiento Contable

Cuenta	Descripción	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

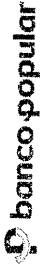
Revisó

Aprobó

Fecha de Aplicación: 06-JUL-2026

Usuario: TESOCONSULTA

Terminal: GOBCASHATE-DLN-0908



Archivos Cargados

Empresa: DEPARTAMENTO DE CASANARE
Tipo Dcto: NIT Persona Jurídica No. Dcto: 892099216
Generado por: YOLMAN ESTEPA MENDIVIELSO

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		PAGO814-4JUL6	PGCG01QYVU	2026/07/06	\$51,521,194.00	12	Procesado

Información Adicional

Fecha Carga	Hora Carga	Hora Envío	Usuario Creador	Fecha Actualización	Hora Actualización	Valor Total Archivo	Valor Archivo Enviado
2026/07/03	17:25:52	05:00:16	YOLMAN ESTEPA	2026/07/06	22:00:04	\$51,521,194.00	\$51,521,194.00

Valor Registros	Valor Registros Errados	No. Total Registros	No. Registros	No. Registros en	Usuario Aprueba/Rechaza
\$0.00	12	0	0	0	HEILER EFREN FUENTES

Usuario Aprueba/Rechaza	
Nombres y Apellidos	Fecha Autorización
HEILER EFREN FUENTES	2026/07/03 18:02:37
Acción	
Aprobado	

Resumen Registros		Fecha Efectiva	Valor Transacción	No. Identificación-Receptor	Nombre Receptor	Entidad Financiera	No. Producto Destino	Estado
Producto Originador	220252138144	2026/07/06	\$5,050,940.00	1049632069	MAYRA YALITZA MUÑOZ RI	Banco Bilbao Vizcaya Argentaria Colombia S.A.	077247799	Exitoso
	220252138144	2026/07/06	\$3,667,356.00	1052393685	LINA MARIA NINO COY	Banco Bilbao Vizcaya Argentaria Colombia S.A.	0981009422	Exitoso
	220252138144	2026/07/06	\$3,667,356.00	1115859489	MARLY ANDREA GUALDRON	Banco Davivienda	0550488405282994	Exitoso
	220252138144	2026/07/06	\$4,882,576.00	1115911229	JULIO CESAR PINZON CUT	Banco Davivienda	176900065218	Exitoso
	220252138144	2026/07/06	\$3,667,356.00	1118536992	NANCY PAOLA ARIAS GALI	Bancolombia	36313583770	Exitoso
	220252138144	2026/07/06	\$4,327,423.00	1118548208	YURI MARITZA IBICA ORJ	Banco Bilbao Vizcaya Argentaria Colombia S.A.	0077237600	Exitoso
	220252138144	2026/07/06	\$3,168,000.00	1118564797	HELEN DAYANA CAICEDO S	Bancolombia	62989168024	Exitoso
	220252138144	2026/07/06	\$4,329,376.00	1118569053	JENNY YULIETH FONSECA	Bancolombia	35815560963	Exitoso
	220252138144	2026/07/06	\$4,329,376.00	46365502	MARIA EUGENIA FERNANDE	Banco Davivienda	286070369843	Exitoso

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CASANARE

NIT. 892.099.216-6

ORDEN DE PAGO No: 03 - 20262309

VALOR: \$3,704,406.00

FECHA: 02-JUL-2026

DIRIGIDA A: LINA MARIA NINO COY

NIT: 1052393685

A SUMA DE: TRES MILLONES SETECIENTOS CUATRO MIL CUATROCIENTOS PESOS MVCTE

CONCEPTO: PAGO 5 DE 9 CONTRATO 5123 DEL 27 DE ENERO DE 2026 PERIODO A COBRAR DEL 29 DE MAYO DE 2026 AL 28 DE JUNIO DE 2026 BRINDAR APOYO PARA LA EVALUACIÓN Y VALIDACIÓN DE LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS ASOCIADOS A LAS CUENTAS DE SERVICIOS DE SALUD BAJO RESPONSA

MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

RUBRO 2.01.18.1902.0300.2024006860060.190667.121000.01.2.2.2.042

DESCRIPCIÓN

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

VALOR 3,704,400.00

ppw
814-4

REGISTRO CONTABLE

CODIGO

50205081

43627002

40101003

CUENTA

Honorarios Renta de Trabajo

Retención de Impuesto de ICA Yopal

Honorarios y Servicios

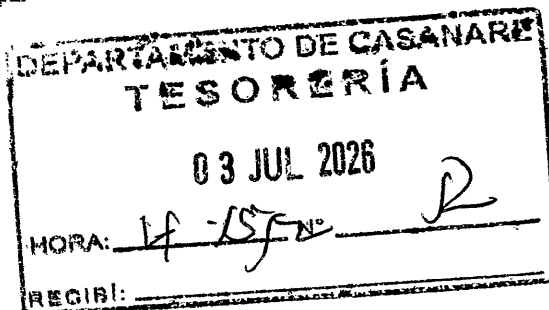
DEBITO

3,704,400.00

CREDITO

37,044.00

3,667,356.00



NETO A PAGAR \$3,667,356.00

ORDENADOR DEL PAGO

TESORERO

DIRECTOR DE CONTABILIDAD

RECIBI

C.C. O NIT

BANCO

No. CUENTA

No. CHEQUE

FECHA

02 JUL 2026

Hora: 03:50 PM



NO OBLIGADOS A FACTURAR

FO-AB-18
13-03-2021
V. 07

**DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A
FACTURAR**

NO RESPONSABLES DE IVA

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

Ciudad y Fecha: Yopal, 30 de junio de 2026 Contrato No. SECOP II CAS-FDS-CDPSP-074-2026
y número interno 5123 Fecha del Contrato: 27/01/2026

Nombre y apellidos y o Razón Social del vendedor o de quien presta el servicio: LINA MARIA NIÑO
COY

No. de Identificación Tributaria- NIT: 1.052.393.685 DV -0

Objeto Contractual: Brindar apoyo para la evaluación y validación de los procesos administrativos asociados a las cuentas de servicios de salud bajo responsabilidad departamental, asegurando la correcta gestión de la facturación y su trámite oportuno impactando los 5 Nodos del departamento de Casanare.	
Dirección Residencia:	Calle 21 N° 22-03
Celular:	3124245036
Duración Del Contrato:	9 meses
Acta De Inicio:	29 de enero de 2026
Periodo de Cobro:	29/05/2026 al 28/06/2026
Número de periodo:	5 DE 9
Valor Total del Contrato de prestación de servicios:	\$ 33.339.600,00
Valor Ejecutado a la fecha:	\$ 18.522.000,00
Saldo por facturar del Total del Contrato:	\$ 14.817.600,00
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

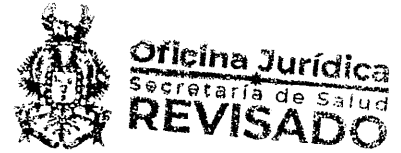
Secretaría de Hacienda
DIRECCIÓN TÉCNICA DE CONTABILIDAD

008120
02 JUL 2026

Recibi: 9-11-26
Hez: 9-11-26

Ciro Pava Nro. Coy
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, 30 de junio de 2026

Señores

GOBERNACIÓN DE CASANARE

Dirección Técnica de Contabilidad

La ciudad

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

Yo, Lina María Niño Coy identificado (a) con Cédula de Ciudadanía número 1052393685 DE Duitama, 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 29/05/2026 y el 28/06/2026, 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
1053450549	THIAGO ALEJANDRO	TAMY	NIÑO	HIJO	8

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-FDS-CDPSP-074-2026 Y No INTERNO 5123 DE 27-01-2026 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,

Lina María Niño Coy
Lina María Niño Coy

C.C. 1.052.393.685 de Duitama



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

Ciudad y Fecha: Yopal, 30/06/2026		Número y fecha del Contrato: SECOP II CAS-FDS-CDPSP-074-2026 No interno 5123 de 27-01-2026			
CPSP ☒ CPSAG ☐		Período de pago: DE 29/05/2026 A: 28/06/2026		Informe No. 5 de 9	
UNIDAD EJECUTORA: SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL – DIRECCION DE SEGURIDAD SOCIAL Y GARANTIA DE LA CALIDAD					
1. INFORMACIÓN CONTRATISTA Y DEL CONTRATO.					
Nombres y Apellidos del Contratista: Lina María Niño Coy No. de Identificación: 1052393685 DV-0					
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: 26/01/2026					
Objeto del Contrato: Brindar apoyo para la evaluación y validación de los procesos administrativos asociados a las cuentas de servicios de salud bajo responsabilidad departamental, asegurando la correcta gestión de la facturación y su trámite oportuno 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) nueve Meses			Meses Ejecutados: (05) Quinto Meses		
Fecha de suscripción del Acta de Inicio: 29/01/2026			Fecha de Terminación: 28/10/2026		
ESTADO FÍSICO: Hasta la fecha 28/06/2026 El Contrato de Prestación de Servicios presenta una ejecución mensual del 55.56 %, contra una programada de 100% del Total.					
A. Estado financiero:					
Valor Total del Contrato de prestación de servicios:		\$ 33.339.600,00			
Valor Ejecutado a la fecha:		\$ 18.522.000,00			
Saldo por facturar del Total del Contrato:		\$ 14.817.600,00			
Valor a pagar según plan de pagos del SECOP II (Valor en número y letras)		\$ 3.704.400,00 (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 TRES MILLONES SETECIENTOS CUATRO MIL CUATROCIENTOS PESOS M/CTE (\$3.704.400,00), para un presupuesto total de TREINTA Y TRES MILLONES TRECIENTOS 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 con solidoado 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: Cuenta ahorros			
		No. 0981009422			
		Entidad Financiera: BBVA			
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 .2024005850050.1 90557.121000.01. 2.3.2.042	2601045	20/01/2026	\$33.339.600
	Registro Presupuestal	8.OI.19.1903.0300 .2024005850050.1 90557.121000.01. 2.3.2.042	2605123	28/01/2026	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)

	1	6012668813	\$ 9.200	POSITIVA			
Concepto	% Liquidación	No. Planilla	Ingreso Base Cotización	Cotización Obligatoria	Valor Cancelado	Mes Cancelado	Entidad
SALUD	12.5	6016108804	\$ 1.750.905	\$ 218.900	\$ 218.900	Mayo 2026	Sanitas
PENSIÓN	16	6016108804	\$ 1.750.905	\$ 280.200	\$ 280.200	Mayo 2026	Colpensiones
ARL	Nivel Riesgo:	No. Planilla:	Valor cancelado:	Entidad:			
	1	6016108804	\$ 9.200	POSITIVA			
Concepto	% Liquidación	No. Planilla	Ingreso Base Cotización	Cotización Obligatoria	Valor Cancelado	Mes Cancelado	Entidad
SALUD	12.5	6019961052	\$ 1.750.905	\$ 218.900	\$ 218.900	Junio 2026	Sanitas
PENSIÓN	16	6019961052	\$ 1.750.905	\$ 280.200	\$ 280.200	Junio 2026	Colpensiones
ARL	Nivel Riesgo:	No. Planilla:	Valor cancelado:	Entidad:			
	1	6019961052	\$ 9.200	POSITIVA			

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

Municipio	Base Retención de ICA	Porcentaje %
Yopal	\$ 3.704.400,00	100%

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

AUTORIZA

SUPERVISOR

JURY TANIA GARCÍA DUQUE
No. Cédula 52.976.778 de Bogotá
Secretaría de Salud de Casanare
Decreto N.º 0001 del 01 de enero del 2024.

HAISON OMAR CARRILLO LEMUS
No. Cédula 74814412 de Yopal
Profesional especializado
Fecha designación: 11 de febrero de 2026

Revisó: _____

BBA

[illegible][illegible]

ADMINISTRADORA			TOTAL APORTES A SALUD					MORA				TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE	Nº. CONTANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERIDAD		BALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES	
			NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADEB.	COTIZACIÓN	VALOR ADEB.	APORTES	MORA
EP9005	EP9005-SANTAS S.A.	1												
SUBTOTALS:							\$ 0		\$ 0	\$ 210,000	\$ 0	\$ 0	\$ 715,000	\$ 0
													\$ 715,000	\$ 0
													\$ 715,000	\$ 0

[illegible][illegible]

TOTAL PAGADO:	\$ 508.300
----------------------	-------------------

SALUD:	MES	Junio	AgO	1-NOVEMBER 1965	2073	2717521591
OK						

ADMINISTRADORA			TOTAL APORTE A SALUD										TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE	Nº COTIZANTES	INGAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERINDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA					
			NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	FLANILIA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESUENTO	VALOR PAGO
PS005	ERISOL-SANTAS S.A	1			\$ 0			\$ 0	\$ 218.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 218.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0
SUB-TOTALES:					\$ 0			\$ 0	\$ 218.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 218.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0

ADMINISTRADORA		TOTAL APORTES A INGRESOS PROPIOS		BAJO A FAVOR		TOTAL	
CODIGO	NOMBRE	NUMERO AUTORIZACION	VALOR	PLANTILLA	VALOR	APORTES	DEBEJUNTO
14-23	14-23-POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A	1	\$ 0.200		\$ 0.200	\$ 0.200	\$ 0
TOTAL:			\$ 0.200		\$ 0.200	\$ 0.200	\$ 0

[illegible]

TOTAL PAGADO:	\$ 508,300
----------------------	-------------------