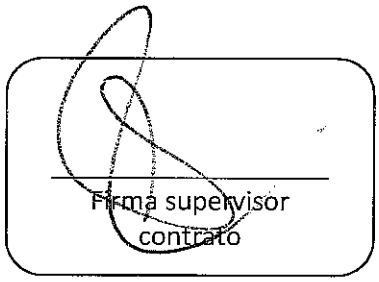
DIGSA		
	PROCESO	Contratación PROCON – Grupo de Contratación -GRUCO
	Formato	Cuenta de cobro DIGSA
	Código	MDN-COGFM-PROCON-DIGSA-FU.95.1-22
	Vigente	Abril de 2025

CUENTA DE COBRO N° 006



LUGAR Y FECHA: Bogotá, D.C., Junio de 2025

La

DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR NIT- 830039670 – 5
Avenida Calle 26 No 69 – 76 Centro Empresarial Elemento Torre Tierra Piso 4
Bogotá, D.C.,

Debe a:

YURANY CAROLINA CHALA OSORIO
CC 30081829 de Villavicencio
3212351291

De conformidad al plan de pago y tras haber cumplido con la ejecución pactada en las obligaciones específicas del contratista, descritas en el contrato de Prestación de Servicios técnicos o de Apoyo a la Gestión No. 031-DIGSA-2025, me permito elevar la presente Cuenta de Cobro correspondiente al mes de junio, por la suma de Dos millones setenta y ocho mil pesos M/cte ($ 2.078.000) Cuyo valor solicito sea abonada a mi cuenta de ahorros número 0352000535 del banco BBVA.

Así mismo, declaro voluntariamente bajo la gravedad del juramento, que pertenezco al Régimen Simplificado, por lo tanto, de acuerdo al Art. 42 del Decreto 3541 de 1983. No estoy obligado a expedir factura de venta.

Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud, Pensión y ARL, por los ingresos recibidos del mes de mayo del contrato objeto de esta cuenta de cobro.

Yurany Carolina Chala Osorio
CC 30.081.829 de Villavicencio.

Señor (a)
MY JORGE FERNANDO ROJAS BURGOS
SUPERVISOR(A) CONTRATO No. 031
Coordinador Grupo GROSD
Subdirección Salud -GROSD-AREFA
Ciudad

Asunto: Informe de ejecución contractual del mes Junio del año 2025

YURANY CAROLINA CHALA OSORIO, identificado con la cédula de ciudadanía No. 30081829 de Villavicencio, en mi calidad de Contratista de DIGSA, en cumplimiento del Contrato de Prestación de Servicios de la referencia a continuación, presento el Informe de actividades realizadas en el mes objeto de cobro.

1. OBJETO DEL CONTRATO

Prestar servicios de apoyo a la gestión farmacéutica y administrativa en el Grupo de operación y prestación de servicios de Salud.

2. OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATISTA

No	Obligaciones	Acciones realizadas
1	Recopilar los datos relacionados con formulaciones para contribuir a la determinación de intervenciones oportunas.	Se solicitó a las Fuerzas EJC, FAC, ARC, la información de los medicamentos EIPSA sesionados de forma semanal para presentar información consolidada, para la realización del boletín semanal durante el mes de junio del 2025. Se realiza el descargue de información molécula más costosa, polifromulados, profesional más costoso, paciente más costoso diagnóstico más costoso dispensado en el mes de Mayo.
2	Realizar alistamiento de las bases de datos que permitan realizar seguimiento al servicio Farmacéutico, a través del sistema disponible a fin de verificar indicadores de este, como costo de la formulación, paciente más costoso, causa de mayor formulación etc.	Se realiza diligenciamiento técnico en los oficios del comité de precios durante el mes de junio del año en curso.
3	Apoyar las actividades del comité de precios en la verificación y cotejo de soporte de novedades reportadas con el diligenciamiento pertinente en el acta que corresponda	Se verifican soportes, para comité de precios de medicamentos, página del INVIMA con las novedades encontradas y apoyo técnico en el oficio enviado por el OPL, -durante el mes de junio del año en curso.
4	Efectuar actualizaciones respectivas en las bases de datos e insumos para alimentar el sistema de información SALUD.SIS o el que se determine.	Se comparten los oficios trabajados con las novedades de abastecimiento para realizar circular y actualización en sistema de información SALUD.SIS.
5	Entregar la documentación generada durante su tiempo de gestión dando cumplimiento a lo que determina la gestión documental conforme a las	Se Realizan documentos debidamente radicados en plataforma SGDEA. Durante el mes de junio del año en curso.

	normas y procedimientos que establezca los lineamientos internos y al Archivo General de la Nación.	
6	Participar en los comités estructuradores y evaluadores, de los contratos de la Dirección General de Sanidad Militar, cuando se considere dentro de su competencia.	Apoyé el comité de precios que se llevó a cabo durante el mes de junio del 2025.
7	Retroalimentar al interior del Grupo al líder del proceso o al Coordinador del Grupo de Prestación de Servicios de Salud, sobre las capacitaciones, reuniones o demás actividades a las que asista en nombre del área.	Retroalimenté a mi jefe líder sobre las gestiones pertinentes a mi cargo.
8	Realizar las demás actividades, inherentes al objeto del contrato.	Apoyé en las actividades para llevar el proceso de gestión farmacéutica.

Igualmente, manifiesto que he dado cumplimiento a los pagos al Sistema de Seguridad Social, de acuerdo con lo establecido en las normas vigentes y para efectos de verificación por parte del supervisor, anexo a la presente copia de la planilla de aportes en estado pagada, como se evidencia el valor aportado por cada concepto, fecha de pago y periodo cotizado.

Atentamente,

yurany chala o.

Firma Contratista
Yurany Carolina Chala Osorio
CC 30081829

Recibí a satisfacción:

Firma del Supervisor
MY. Jorge Fernando Rojas Burgos
Coordinador Grupo GROSD

DIGSA		
	PROCESO	Contratación PROCON – Grupo de Contratación -GRUCO
	Formato	Certificado de Aportes DIGSA
	Código	MDN-COGFM-PROCON-DIGSA-FU.95.1-23
	Vigente	Abril de 2025

Bogotá D.C. junio de 2025

Señores
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
Ciudad.

Yo **YURANY CAROLINA CHALA OSORIO**, identificado (a) con cedula de ciudadanía No. **30081829** de Villavicencio, certificó que los aportes realizados correspondientes al mes de MAYO de 2025 a salud, Pensión y ARL voluntaria, SI ( ) NO (X), han sido tomados en cuenta como descuento en la base de retención en la fuente en contratos suscritos con otras instituciones y que el IBC corresponde al 40% del total de los contratos que tengo suscritos a la fecha.

De acuerdo con el Decreto 1273 de 2018, Artículo 3.2.7.1, los aportes parafiscales de los prestadores de servicios deben calcularse tomando como base el 40% del Ingreso Base de Cotización (IBC) de los honorarios pactados. Este cálculo se aplica sin importar la cantidad de contratos que tenga el prestador de servicios. La persona debe sumar los ingresos que obtiene por todos los contratos de prestación de servicios durante un mes y sobre ese valor debe realizar los aportes.

Número de Contrato	Entidad	Valor de Honorarios del mes **Mayo** de 2025
031	DIGSA	$ 2.078.000.00
Total ingresos por todos los contratos PS.		$ 2.078.000.00

Cordialmente,

Firma: Yurany Chala O.
Nombre: Yurany Carolina Chala Osorio
C.C. No. 30.081.829 de Villavicencio

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	30081829	YURANY CAROLINA CHALA OSORIO	EL TUNAL	3212351291	santaveronik@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		NO

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	
2025-05	2025-05	I	16/06/2025	86868322	$415.000	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	178.000	0		0		0	6	700	0	178.700	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
230301	Porvenir	800224808-8	227.800	0	0	0	0	6	900	0	228.700	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	7.500				7.500	6	100	7.600			75	7.600	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	6	0	0	0
ICBF				
0	6	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	178.000	178.700
Pensión	1	227.800	228.700
Riesgos Laborales	1	7.500	7.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	413.300	415.000

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
CC	30081829	YURANY CAROLINA CHALA OSORIO	EL TUNAL	3212351291	santaveronik@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

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	2025-05	I	16/06/2025	86868322	$415.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Estilos	Exenciones	Cotiza voluntario	Extranjero	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
CC	30081829	CHALA OSORIO YURANY CAROLINA	59	0			N																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS005	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	1	7.500		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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