DIGSA		
	PROCESO	Ejecución Financiera PROEFIN - Area Cuentas por Pagar ARCUP
	Formato	trámite de documento para pago DIGSA
	Código	MDN-COGFM-PROEFIN-DIGSA-FU.95.1-52
	Vigente	Enero de 2024

EL SUSCRITO SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO
TRAMITA PARA PAGO EL SIGUIENTE COMPROMISO QUE CUMPLE LOS REQUISITOS DE LEY

CIUDAD Y FECHA:	BOGOTA D.C., DICIEMBRE DE 2025	TRÁMITE N°.	1446
CANCELADO A:	YURANY CAROLINA CHALA OSORIO	IDENTIFICACIÓN:	30081829
E-MAIL:	santaveronik@hotmail.com	No. DE DOCUMENTO SOPORTE:	CONTRATO No.031-DIGSA-2025
DIRECCION:	CALLE 25C # 21-30 CASA RETIRO	TELEFONO:	3212351291

NUMERO REGISTROS SIIF		CONCEPTO	VALOR TOTAL A PAGAR
CERTIFICADO DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL:	125	VALOR CORRESPONDIENTE AL PAGO DE HONORARIOS DEL 01 AL 14 DE DICIEMBRE DE 2025.	
REGISTRO PRESUPUESTAL:	6425		
CUENTA POR PAGAR:	344925	ENDOSO:	$969.733,00
OBLIGACIÓN:	462225	No.CUENTA BANCARIA: .0352000535	
ORDEN DE PAGO:	519223425	TIPO DE CUENTA: AHORROS	
FECHA DE PAGO:	23-12/2025	BANCO: BBVA	
		SALDO MENOS ESTE TRAMITE: $0,00	

Elaboró: SV.ANDRES FELIPE PERDOMO

Revisó: Mayor CARLOS [illegible] PENAGOS PASTES
Coordinador Área de Arte

Aprobó.: Capitán de Navío JIDSELIN CAÑON PINILLA
Subdirector Administrativo y Financiero

NUMERO REGISTROS SAP		PRESUPUESTO / CUENTAS POR PAGAR			
		RUBRO	RECURSO	VIGENCIA	VALOR
SOLPEDIDO SAP:		A-02-02-02-008-003	16	2025	$ 969.733,00
CONTRATO SAP:					
COMPROMISO:					
PEDIDO:		FIRMA PRESUPUESTO		FIRMA CUENTAS POR PAGAR	
ENTRADA DE BIENES:		LIQUIDACION CONTABILIDAD			
ACEPTACION:		RTE.FUENTE:			
OBLIGACION:		RTE.ICA:	9,66	9.368	
COMPROBANTE EGRESO:		RTE.IVA:			
		OTROS DESCUENTOS:			
		NETO A GIRAR:		960.365	
		CUENTA CONTABLE SAP:		P.A [illegible]	
				FIRMA CONTABILIDAD	
		TESORERIA			
		FIRMA TESORERIA			

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° 12

Firma supervisor contrato

LUGAR Y FECHA: Bogotá, D.C., Diciembre 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
Contrato N° 031-DIGSA-2025

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 Profesionales No. 031-DIGSA-2025, me permito elevar la presente Cuenta de Cobro correspondiente a los días del 1 al 14 de Diciembre del 2025 por la suma Novecientos sesenta y nueve mil setecientos treinta y tres pesos-M/cte $969.733). 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 con el 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 Noviembre y Diciembre de 2025 del contrato objeto de esta cuenta de cobro.

Yurany Chala O.

Yurany Carolina Chala Osorio
CC. 300818298 de Villavicencio

DIGSA		
	PROCESO	Contratación PROCON – Grupo de Contratación -GRUCO
	Formato	Informe de Ejecución Contractual DIGSA
	Código	MDN-COGFM-PROCON-DIGSA-FU.95.1-20
	Vigente	Abril de 2025

Señor (a)
SMSM SANDRA GABRIELA RAMOS PERDOMO
SUPERVISOR(A) CONTRATO No. 031
Coordinador Grupo GROSD
Subdirección Salud -GROSD-AREFA
Ciudad

Asunto: Informe de ejecución contractual del 1 al 14 de Diciembre 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 desde el 1 AL 14 de diciembre del 2025. Se realiza el descargue de información molécula más costosa, polifromulados, profesional más costoso, paciente más costoso diagnóstico más costoso dispensado del mes de Noviembre 2025 de EJC, ARC, y JEFSA.
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 los días del 1 al 14 de Diciembre 2025.
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 realiza diligenciamiento técnico en los oficios enviados por el OPL, durante los días del al 14 de diciembre 2025.
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 realización de circulares y actualización en sistema de información SALUD.SIS, durante los días 1 al 14 de diciembre 2025.
5	Entregar la documentación generada durante su tiempo de gestión dando cumplimiento a lo que determina la gestión	Se Realizan documentos debidamente radicados en plataforma SGDEA, durante los días del 1 al 14 de diciembre del 2025, se entrega. el respectivo paz y salvo,

	documental conforme a las normas y procedimientos que establezca los lineamientos internos y al Archivo General de la Nación.	del año en curso.
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.	N/A
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, durante los días del 1 al 14 de diciembre del 2025.

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
SMSM Sandra Gabriela Ramos Perdomo
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. Diciembre 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 Noviembre y Diciembre 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 Noviembre de 2025
031-DIGSA-2025	DIGSA	$2.078.000
Total ingresos por todos los contratos PS.		$2.078.000

Número de Contrato	Entidad	Valor de Honorarios del mes Diciembre de 2025
031-DIGSA-2025	DIGSA	$969.733
Total ingresos por todos los contratos PS.		$969.733

Cordialmente,

Firma: Yurany Chala O.
Nombre: YURANY CAROLINA CHALA OSORIO
C.C. No. 30081829 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	
2025-11	2025-11	I	09/12/2025	91722117	$413.300	

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	0	0	0	178.000	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
230301	Porvenir	8[illegible]08-8	227.800	0	0		0	0	0		227.800	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	8[illegible]	7.500				7.500		0	7.500			75	7.500	1

TOTALES CAJAS

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

PAGADA

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	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	7.500	7.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	413.300	413.300

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	
2025-11	2025-11	I	09/12/2025	91722117	$413.300	

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 el exterior	Exclusivo	IRP	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CONDICIÓN	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	Días a Cotizar	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	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

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	
2025-12	2025-12	I	09/12/2025	92206514	$192.900	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	83.100	0		0		0	0	0	0	83.100	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	106.300	0	0		0	0	0		106.300	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	830011351-6	3.500				3.500		0	3.500			35	3.500	1

TOTALES CAJAS

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

PAGADA

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	83.100	83.100
Pensión	1	106.300	106.300
Riesgos Laborales	1	3.500	3.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	192.900	192.900

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	
2025-12	2025-12	I	09/12/2025	92206514	$192.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colegio	Salario	Estrategia	Cotiz. exterior	Extranjero	IGE	IBT	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIONES	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	30081829	CHALA OSORIO YURANY CAROLINA	59	0			N		X														230301	664.300	106.300	0	0	0	0	EPS005	664.300	83.100	14-23	664.300	1	3.500		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

SIIF Nación

Obligación Presupuestal Comprobante

Usuario Solicitante: MHkaldana KAREN LORENA ALDANA ROJAS

Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante: 15-01-11-000 DGSM - GESTION GENERAL

Fecha y Hora Sistema: 2025-12-19-12:22 p. m.

REGISTRO PRESUPUESTAL DE OBLIGACION.

Numero:	462225	**Fecha Registro:**	2025-12-18	**Unidad / Subunidad ejecutora:**			15-01-11-000 DGSM - GESTION GENERAL				
Vigencia Presupuestal	Actual	**Estado:**	Generada	**Requiere DIP:**		No	**Tipo de DIP:**		**Nro. Compromiso:**		6425
Valor Inicial:	969.733,00	**Valor Total Operaciones:**				0,00	**Valor Actual:**	969.733,00	**Saldo x Ordenar:**		969.733,00
Valor Inicial Moneda Original:	0,00	**Valor Total Operaciones Moneda Original:**				0,00	**Valor Actual Moneda Original:**	0,00	**Saldo x Ordenar Moneda Original:**		0,00
Valor Deducciones:	9.368,00	**Valor Neto:**				960.365,00	**Valor IVA:**	0,00	**Nro. Cdp:**		125
Valor Deducciones Moneda:	0,00	**Valor Neto Moneda:**				0,00	**Atributo Contable:**	05-NINGUNO	**Comprobante Contable:**		942524
TERCERO											
Identificacion:	30081829	**Razon Social:**	YURANY CAROLINA CHALA OSORIO						**Medio de Pago:**		Abono en cuenta
CUENTA BANCARIA											
Numero:	0352000535	**Banco:**	BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. BBVA				**Tipo:**	Ahorro	**Estado:**		Activa
CUENTA X PAGAR				**CAJA MENOR**							
Numero:	344925	**Tipo:**	Adquisición de Servicios a Personas NO Declarantes	**Identificacion:**					**Fecha de Registro:**		
DOCUMENTO SOPORTE											
Numero:	CTO 031	**Tipo:**	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS - PROFESIONALES				**Fecha:**	2025-12-18			

ITEM PARA AFECTACION DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICION CATALOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSO	SITUAC.	ATRIBUTO CONTABLE	FECHA OPERACION	VALOR INICIAL	VALOR OPERACION	VALOR ACTUAL	SALDO X ORDENAR
101 SUBDIRECCION TECNICA DIVISION DE PLANEACION PLAN DE COMPRAS	A-02-02-02-009-003 SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES	Nación	16	SSF	05-NINGUNO					
						Total:	969.733,00	0,00	969.733,00	969.733,00

Objeto:	PAGO HONORARIOS MES DE DICIEMBRE CTO 031

PLAN DE PAGOS

DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC	POSICION DEL CATALOGO DE PAC	FECHA DE PAGO	ESTADO	VALOR A PAGAR
100 DIVISION DE ADMINISTRACION Y DESARROLLO DE PERSONAL	4-2 ANS - GASTOS GENERALES NACION SSF	2025-12-18	Generada	969.733,00

POSICIONES DEL CATALOGO PARA PAGO NO PRESUPUESTAL

POSICION DEL CATALOGO DE PAGO	IDENTIFICACION	NOMBRE BENEFICIARIO	BASE GRAVABLE	TARIFA	VALOR DEDUCCION	SALDO DISPONIBLE PARA ORDENAR
2-01-05-01-01-03-05 RETENCION ICA COMERCIAL SERVICIOS DEMÁS ACTIVIDADES DE SERVICIOS	NIT 899999061	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	969.733,00	0,966 %	9.368,00	9.368,00

FIRMA(S) RESPONSABLE(S)

P.A Ejercicio Ordenador

PD. YURY ANDREA ORJUELA ROJAS
Contador Gestión General

CN. JIDSELIN CAÑON PINILLA
Ordenador del Gasto

SIIF Nación

Orden de pago Presupuestal de gastos Comprobante

Usuario Solicitante: MHaamarroq ANA ALLISON MARROQUIN LINARES
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante: 15-01-11-000 DGSM - GESTION GENERAL
Fecha y Hora Sistema: 2025-12-23-10:52 a. m.

ORDEN DE PAGO PRESUPUESTAL

Número:	519223425	**Fecha Registro:**	2025-12-19	**Unidad / Subunidad ejecutora:**	15-01-11-000 DGSM - GESTION GENERAL		
Vigencia Presupuestal	Actual	**Estado:**	Pagada	**Nro Obligación:**	462225	**Comprobante Contable de la Generación:**	
Fecha Máxima Pago:	2025-12-23	**Código de Referencia:**	04500076200519223425	**Tipo de Moneda:**	COP-Pesos	**Tasa de Cambio:**	
Valor Bruto:	969.733,00	**Valor Deducciones:**	9.368,00	**Valor Neto:**	960.365,00	**Saldo x Pagar:**	

VALORES PAGADOS

TRM Pago		**Valor Bruto**	**969.733,00**	Valor Deducciones	9.368,00	Valor Neto	**960.365,00**	Moneda Base Compra		**Valor MBC**	

REINTEGROS

Números				**No Recaudo:**	
Bruto Reintegrado Pesos:	0,00	**Reintegrado Deducciones Pesos:**	0,00	**Reintegrado Neto Pesos:**	
Bruto Reintegrado Moneda:	0,00	**Reintegrado Deducciones Moneda:**	0,00	**Reintegrado Neto Moneda:**	

TERCERO DE LA ORDEN DE PAGO

Identificación:	30081829	**Razón Social:**	YURANY CAROLINA CHALA OSORIO	**Medio de Pago:**	Abono en c

CUENTA BANCARIA

Número:	0352000535	**Banco:**	BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. BBVA	**Tipo:**	Ahorro	**Estado:**	Activa

TESORERIA	**DOCUMENTO SOPORTE**					
13-01-01-DT - DIRECCION TESORO NACION DGCPTN	**Número:**	PAGO TRAMITE 1446/2025	**Tipo:**	ORDEN DE PAGO	**Fecha:**	2025-12-19

Tipo Beneficiario Pago 01 - Beneficiario final

ITEM PARA AFECTACION DE GASTOS

DEPENDENCIA / POSICION CATALOGO DE GASTO	FUENTE	REC	SIT	VALOR		VALOR PAGADO	VALOR REINTEGRADO		USO DE PROYECTOS ESPECIALES			
				PESOS	MONEDA	PESOS	PESOS	MONEDA EXTRANJERA	USO DE PROYECTO	MONEDA	TASA DE CAMBIO	VA
101 SUBDIRECCION TECNICA DIVISION DE PLANEACION PLAN DE COMPRAS / A-02-02-02-009-003 SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES												
	Nación	16	SSF	969.733,00	0,00	969.733,00				Pesos	0,00	

DEDUCCIONES

POSICIONES DEL CATALOGO PARA PAGO NO PRESUPUESTALES	TERCERO	TARIFA	VALOR	VALOR AJUSTADO PAGO	VALOR

LINEAS DE PAGO VINCULADA

DEPENDENCIA PARA AFECTACION DE PAC	POSICION DEL CATALOGO DE PAC	FECHA	VALOR	ATRIBUTO LINEA DE PAGO	E
100 - DIVISION DE ADMINISTRACION Y DESARROLLO DE PERSONAL	4-2 - ANS - GASTOS GENERALES NACION SSF	2025-12-18	969.733,00	05 NINGUNO	

FIRMA(S) RESPONSABLE(S)

PB Diana Magaly Suarez Yate
Tesorera - DIGSA

CN. JOSELIN CANON PINILLA
Subdirector Administrativo y Financiero
Ordenador del Gasto -DIGSA