

**ACTA PARCIAL DE SUPERVISION
00-2025-ACIT-1145**

DATOS DEL CONTRATO

Número del contrato: **Contrato de Prestacion de Servicios 00-2025-HCON-169**
 Fecha de suscripción: 16 de Julio de 2025 Tipo de contrato: [C3] Contrato de prestación de servicios
 Contratista: [67026554] VALENCIA ESTRADA DIANA / DIANA LORENA VALENCIA ESTRADA
 Representante legal: [67026554] VALENCIA ESTRADA DIANA
 Dirección: ALFAGUARA, JAMUNDI (VALLE DEL CAUCA)
 Teléfono(s): 3014957494 - Correo electrónico: dianavale3@hotmail.com
 Términos del contrato: Desde el 18 de Julio de 2025 Hasta el 30 de Septiembre de 2025 Duración: 76 Días
 Objeto del contrato: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO TERAPIA RESPIRATORIA EN EL MARCO DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS), A TRAVÉS DE LOS EQUIPOS BÁSICOS EN SALUD (EBS) DEL HOSPITAL PILOTO DE JAMUNDÍ (HPJ) - CONTINUIDAD

DATOS DEL VALOR DEL CONTRATO

Fecha	Descripción	Valor	% Ejecución	Acumulado
16-Jul-2025	Apropiación inicial: REGISTRO PRESUPUESTAL 00-2025-RP-1813	24,000,000.00	0.00	24,000,000.00
18-Jul-2025	Acta de inicio: 00-2025-ACIN-247		0.00	24,000,000.00
28-Jul-2025	ACTA PARCIAL DE SUPERVISION: 00-2025-ACIT-471 / Documento soporte: CT 01	6,000,000.00	25.00	18,000,000.00
13-Ago-2025	ACTA PARCIAL DE SUPERVISION: 00-2025-ACIT-595 / Documento soporte: CT 02	6,000,000.00	50.00	12,000,000.00
11-Sep-2025	ACTA PARCIAL DE SUPERVISION: 00-2025-ACIT-829 / Documento soporte: CT 03	6,000,000.00	75.00	6,000,000.00
30-Oct-2025	ACTA PARCIAL DE SUPERVISION: 00-2025-ACIT-1145 / Documento soporte: CT 04	6,000,000.00	100.00	
			Valor por ejecutar:	0.00

DATOS DEL ACTA PARCIAL DE SUPERVISION

Fecha de elaboración: Jueves, 30-Oct-2025 08:09 am

Factura: Cuenta de cobro 04

Avance técnico

El contrato tiene un avance tecnico de cumplimiento del 100%

Avance financiero

El contrato tiene un avance financiero de cumplimiento del 100%

Comentarios

NIT: 67026554

NO. CONTRATO: 00-2025-HCON-169

En el marco del contrato de prestación de servicios y en cumplimiento del objeto contractual, consistente en PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO TERAPIA RESPIRATORIA EN EL MARCO DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS), A TRAVÉS DE LOS EQUIPOS BÁSICOS EN SALUD (EBS) DEL HOSPITAL PILOTO DE JAMUNDÍ (HPJ) - CONTINUIDAD, se verificó el cumplimiento de las obligaciones específicas a cargo de la TERAPEUTA RESPIRATORIA, como se detalla a continuación:

- Realizó el diligenciamiento de la caracterización socioambiental, individual y familiar en los micro territorios: Ciudadela las flores 1, Rincón de zaragoza, Parques de castilla, Gato de monte y Rancho alegre, Terranova 1, Ciudadela las flores 3, Resguardo entrada san Antonio (bellavista, la despensa, oso), San Vicente morro de la cruz a un total de 32 hogares.
- Indujo la demanda de servicios de los eventos relacionados con las prioridades en salud pública en 32 familias en los micro territorios, Ciudadela las flores 1, Rincón de zaragoza, Parques de castilla, Gato de monte y Rancho alegre, Terranova 1, Ciudadela las flores 3, Resguardo entrada san Antonio (bellavista, la despensa, oso), San Vicente morro de la cruz
- Brindó educación para la salud e información orientada a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, identificación de signos de alarma y adopción de prácticas de cuidado de sí mismo, de los demás y de su entorno. En temas relacionados con Técnicas de higiene bronquial, Ejercicios de respiración.
- Prestó servicio asistencial a la comunidad, aplicando los conocimientos, habilidades y destrezas profesionales a disposición del paciente y la institución, en cumplimiento de agendas y horarios establecidos, de manera oportuna y concertada con el superior inmediato acerca de la duración de las consultas, para un total de 318 atenciones
- No realizo la actividad en el presente periodo.
- Presto apoyo en las diferentes actividades que se asignen por parte del Supervisor del contrato y que fueron acordes con el objeto del mismo., tales como facturación y registro de 318 historias clínicas de atenciones realizadas
- Apoyó la divulgación de las actividades, campañas y procesos realizados dentro de la Entidad, replicando la gestión del proyecto a través de las redes sociales. <https://drive.google.com/open?id=1C80hRP7Amvbbnyx70-3rgfj99dLcLqjZ>

**ACTA PARCIAL DE SUPERVISION
00-2025-ACIT-1145**

DATOS DEL CONTRATO

Número del contrato: **Contrato de Prestacion de Servicios 00-2025-HCON-169**
Fecha de suscripción: 16 de Julio de 2025 Tipo de contrato: [C3] Contrato de prestación de servicios
Contratista: [67026554] VALENCIA ESTRADA DIANA / DIANA LORENA VALENCIA ESTRADA
Representante legal: [67026554] VALENCIA ESTRADA DIANA
Dirección: ALFAGUARA, JAMUNDI (VALLE DEL CAUCA)
Teléfono(s): 3014957494 - Correo electrónico: dianavale3@hotmail.com
Términos del contrato: Desde el 18 de Julio de 2025 Hasta el 30 de Septiembre de 2025 Duración: 76 Días
Objeto del contrato: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO TERAPIA RESPIRATORIA EN EL MARCO DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS), A TRAVÉS DE LOS EQUIPOS BÁSICOS EN SALUD (EBS) DEL HOSPITAL PILOTO DE JAMUNDÍ (HPJ) - CONTINUIDAD

DATOS DEL VALOR DEL CONTRATO

Fecha	Descripción	Valor	% Ejecución	Acumulado
-------	-------------	-------	-------------	-----------

8. Participó, sin perjuicio de su autonomía, en las reuniones a las cuales fue invitado con motivo de las actividades, durante el periodo se asistió a las jornadas de fortalecimiento las capacidades de talento humano, organizadas por la coordinación, con las siguientes temáticas:
Sistema R-fast para facturar y evolucionar historias clínicas, resgistro de seguimiento plan integral cuidado familiar, riesgo cardiovascular

9. Se adhirió a los Sistemas de Gestión de Calidad del contratante, lo cual incluyó: a) permitió auditorías programadas por parte de los funcionarios designados por el CONTRATANTE; b) participó en las capacitaciones, seminarios y, en general, en reuniones relacionadas con los Sistemas de Gestión de Calidad.

En el presente periodo del contratista Anexó planilla de pago de seguridad social septiembre 2025 No. 4619781526-4625686659



ANDRÉS SANDOVAL CORTES
SUBGERENTE CIENTIFICO
AMBULATORIO
SUPERVISOR DEL CONTRATO



Hospital Piloto
Jamundi


HOSPITAL PILOTO JAMUNDI
Empresa Social del Estado
NIT: 890306950-6

FORMATO DOCUMENTO EQUIVALENTE
Decreto 358 del 05 de marzo del 2020, Artículo 615 ET.

CODIGO: FIN-FTO-0025

VERSION: 001

FECHA DE APROBACION: 21-05-2025

Área o Proceso de la ejecución del contrato: ATENCION PRIMARIA EN SALUD Contrato N°. 00-2025-HCON-169
Fecha de Suscripción del Contrato: 16-07-2025
Nombre y/o Razón Social Adquiriente: HOSPITAL PILOTO DE JAMUNDI E.S.E
Nit: 890.306.950 – 6 Dirección: Av Circunvalación 9 - 13 No. Teléfono: 4868676
Ciudad: Jamundí, Valle del Cauca
Nombre y/o Razón Social Beneficiario: DIANA LORENA VALENCIA ESTRADA
Cédula o Nit del Beneficiario: 67026554 Dirección Beneficiario: Carrera 19 n 8 109 La arboleda parque residencial
Teléfono: 3014957494 Correo Electrónico: dianavale3@hotmail.com Ciudad: JAMUNDI
INFORMACIÓN CONTRACTUAL
Objeto del Contrato: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO TERAPIA RESPIRATORIA EN EL MARCO DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS), A TRAVÉS DE LOS EQUIPOS BÁSICOS EN SALUD (EBS) DEL HOSPITAL PILOTO DE JAMUNDÍ (HPJ) - CONTINUIDAD
N°. RP: 00-2025-RP-1813 N°. CDP: 00-2025-CDP-238 Vr Total del contrato: \$24.000.000,00
Concepto: Cuota No. 4 del 29/10/2025 Contrato: 00-2025-HCON-169 Valor: \$24.000.000 ,00 Otro Si: N/A Anexo comprobante de pago EPS, pensión y ARL con planilla Nro. 4625686659 y 4619781526 del operador soi del periodo de cotización mes de 2025 Favor consignar en Cuenta AHORRO No. 566594602 del Banco DE BOGOTA Valor: \$6.000.000,00
Son: SEIS MILLONES DE PESOS MCTE
 <u>67026554</u> Firma y cedula del Beneficiario

DECLARACIÓN JURAMENTADA

Yo Diana Valencia identificado (a) con documento de identidad No. 6026554
 de Caly manifiesto libre y voluntariamente, para efectos de la depuración
 de la base de retención en la fuente de que trata el artículo 383 E.T sobre ingresos laborales,
 honorarios o compensación por servicios personales:

- 1 Que el RUT entregado al Hospital Piloto de Jamundi se encuentra actualizado, a la fecha no tiene cambios.
- 2 No he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores asociados a la actividad desarrollada.
- 3 Tengo dependientes económicos a mi cargo identificados plenamente de conformidad con el Art.387 Par.2

Parentesco	No. Identificación	Nombre	Edad	Ausencia de ingreso o valor inferior a 260 UVT	Estudios	Factor físico o psicológico

Para las siguientes deducciones debe **adjuntar certificación expedida por la entidad** competente donde conste los pagos efectivamente realizados:

- 4 Por salud a empresas de medicina prepagada de conformidad con el Art.387 E.T. SI NO
- 5 Por seguros de salud, expedidos por compañías de seguros vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia Art.387 E.T. SI NO
- 6 Por intereses o corrección monetaria en virtud de préstamos, o costo financiero en virtud de un contrato de leasing para adquisición de vivienda del trabajador SI NO

7 Por las demás rentas que la ley de manera taxativa prevé como exentas en razón a su origen adjunto para la depuración:

Declaro bajo la gravedad de juramento que toda la información aquí suministrada es VERIDICA. Autorizo que por cualquier medio se verifique los datos aquí contenidos y en caso de falsedad, que se apliquen las sanciones contempladas en la Ley y me comprometo a informar a Hospital cualquier cambio que que ocurra con los datos aquí suministrados.

La presente se expide en la Ciudad Jamundí, (29) del mes 10 de 2025.

FIRMA DE DECLARANTE
 DOC. IDENTIDAD

Diana Valencia
6026554

INFORME DE CONTRATISTA

CUOTA No.4

NOMBRE: DIANA LORENA VALENCIA ESTRADA

DOCUMENTO:67026554

NUMERO DE CONTRATO:00-2025-HCON-169

OBJETO DE CONTRATOS: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO TERAPIA RESPIRATORIA EN EL MARCO DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS), A TRAVÉS DE LOS EQUIPOS BÁSICOS EN SALUD (EBS) DEL HOSPITAL PILOTO DE JAMUNDÍ (HPJ) – CONTINUIDAD

PERIODO: SEPTIEMBRE 6 AL 15 DE OCTUBRE DE 2025

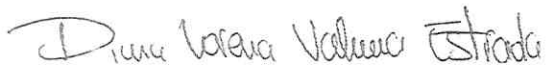
En el marco del programa de atención primaria en salud, me permito manifestar que se realizaron las actividades contractuales de la siguiente manera:

<p>1) Realizar el diligenciamiento de la caracterización socio- ambiental, individual y familiar en el micro territorio.</p>	<p>Realicé el diligenciamiento de la caracterización socioambiental, individual y familiar en los micros territorios para un total de 32 caracterizaciones en los siguientes microterritorios Ciudadela las flores 1, Rincón de zaragoza, Parques de castilla, Gato de monte y Rancho alegre, Terranova 1, Ciudadela las flores 3, Resguardo entrada san Antonio (bellavista, la despensa, oso), San Vicente morro de la cruz</p>
<p>2) Inducir la demanda de servicios de los eventos relacionados con las prioridades en salud pública y aquellos que ocasionen un alto impacto en salud Pública.</p>	<p>Induje la demanda de servicios de los eventos relacionados con las prioridades en salud pública en 32 familia en los micro territorios, Ciudadela las flores 1, Rincón de zaragoza, Parques de castilla, Gato de monte y Rancho alegre, Terranova 1, Ciudadela las flores 3, Resguardo entrada san Antonio (bellavista, la despensa, oso), San Vicente morro de la cruz</p>
<p>3) Brindar educación para la salud e información orientada a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, identificación de signos de alarma y adopción de prácticas de cuidado de sí mismo, de los demás y de su entorno.</p>	<p>Brindé educación para la salud e información orientada a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, identificación de signos de alarma y adopción de prácticas de cuidado de mí mismo, de los demás y de su entorno. En temas relacionados con Técnicas de higiene bronquial , Ejercicios de respiración</p>
<p>4) Prestar servicio asistencial, a la comunidad, aplicando los conocimientos, habilidades y destrezas profesionales a disposición del paciente y la institución, en cumplimiento de agendas y horarios establecidos, de manera oportuna y concertado con el superior inmediato acerca de la duración de las consultas.</p>	<p>Presté servicio asistencial a la comunidad, aplicando mis conocimientos, habilidades y destrezas profesionales a disposición del paciente y la institución, en cumplimiento de las agendas y horarios establecidos, de manera oportuna y concertada con mi superior inmediato acerca de la duración de las consultas. Total de atenciones durante el periodo de septiembre 318</p>
<p>5) Generar informe de producción actividades semanales y presentar evidencia de las acciones y diligenciamiento de los formatos acorde a las directrices y lineamientos</p>	<p>No realice la actividad en el presente periodo.</p>
<p>6) Prestar apoyo en las diferentes actividades que se asignen por parte del Supervisor del contrato y que sean acordes con el objeto del mismo.</p>	<p>Preste apoyo en las diferentes actividades que se asignen por parte del Supervisor del contrato y que fueron acordes con el objeto del mismo., tales como facturación y registro de 318 historias clínicas de atenciones realizadas</p>
<p>7) Apoyar la divulgación de las actividades, campañas y procesos realizados dentro de la Entidad replicando la gestión del proyecto a través de las redes sociales.</p>	<p>Apoyé la divulgación de las actividades, campañas y procesos realizados dentro de la Entidad, replicando la gestión del proyecto a través de las redes sociales. https://drive.google.com/open?id=1FOFnF4a288vOYHEEIgd3rMLVVcycGpDi</p>

<p>8) Participar, sin perjuicio de su autonomía, en las reuniones a las cuales sea invitado a razón de las actividades que se ejecutan con ocasión a este contrato.</p>	<p>Participé, sin perjuicio de mi autonomía, en las reuniones a las cuales fui invitado a razón de las actividades durante el periodo se asistió a las jornadas de fortalecimiento las capacidades de talento humano, organizadas por la coordinación, con las siguientes temáticas : prevención de accidentes ocasionados por minas antipersona, municiones sin explotar y trampas explosivas</p>
<p>9) Adherirse a los Sistemas de Gestión de Calidad del contratante lo cual incluye: a) permitir auditorías programadas por parte de los funcionarios designados por el CONTRATANTE b) Participar de las capacitaciones, seminarios y en general de reuniones relacionadas con los Sistemas de Gestión de Calidad.</p>	<p>Me adherí a los Sistemas de Gestión de Calidad del contratante, lo cual incluyó: a) permití auditorías programadas por parte de los funcionarios designados por el CONTRATANTE; b) participé en las capacitaciones, seminarios y, en general, en reuniones relacionadas con los Sistemas de Gestión de Calidad.”</p>

Anexo al presente informe se entregan informe de evidencias para la verificación del supervisor.

Atentamente,



DIANA LORENA VALENCIA ESTRADA
CC. 67026554 de CALI VALLE

INFORME DE ACTIVIDADES CONTRACTUALES APS JAMUNDÍ.

NOMBRE: Diana Lorena Valencia Estrada

Documento: 67.026.554 de Cali

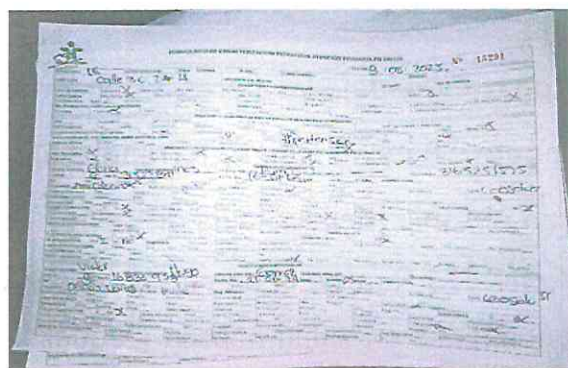
TERAPIA RESPIRATORIA

1 - Realicé el diligenciamiento de la caracterización socio-ambiental, individual y familiar en los micro territorios.

EVIDENCIA 1



EVIDENCIA 2



Lugar Ciudadela las flores 1, Rincón de zaragoza, Parques de castilla, Gato de monte y Rancho alegre, Terranova 1, Ciudadela las flores 3, Resguardo entrada san Antonio (bellavista, la despensa, oso), San Vicente morro de la cruz

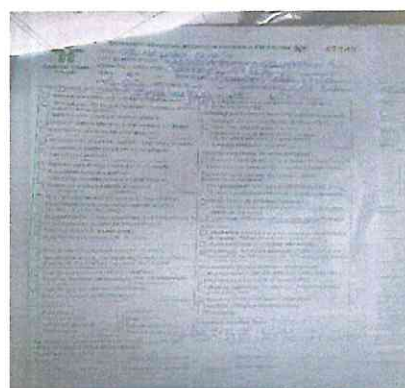
Actividad Realice diligenciamiento de caracterizaciones, individual y familiar.

Fecha 6 al 10 de Septiembre 2025

2) Induje la demanda de servicios de los eventos relacionados con las prioridades en salud pública y aquellos que ocasionen un alto impacto en salud Pública.

EVIDENCIA 1

EVIDENCIA 2



Lugar Ciudadela las flores 1, Rincón de zaragoza, Parques de castilla, Gato de monte y Rancho alegre, Terranova 1, Ciudadela las flores 3, Resguardo entrada san Antonio (bellavista, la despensa, oso), San Vicente morro de la cruz

Actividad Realice la demanda de servicios de los eventos relacionados con las prioridades en salud pública y aquellos que ocasionen un alto impacto en salud Pública

Fecha 7 al 9 Septiembre 2025

3) Brindé educación para la salud e información orientada a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, identificación de signos de alarma y adopción de prácticas de cuidado de sí mismo, de los demás y de su entorno.

EVIDENCIA 1



EVIDENCIA 2



Lugar Ciudadela las flores 1, Rincón de zaragoza, Parques de castilla, Gato de monte y Rancho alegre, Terranova 1, Ciudadela las flores 3, Resguardo entrada san Antonio (bellavista, la despensa, oso), San Vicente morro de la cruz

Actividad Brinde educación e información para la salud orientada a la prevención de enfermedades respiratorias y promoción de la salud, signos de alarma, prácticas de cuidados respiratorios, técnicas de higiene bronquial, Ejercicios respiratorios, uso adecuado de inhaladores y soporte de oxígeno domiciliario, prevención de enfermedades e infecciones respiratorias, cuidados respiratorios en menores de edad y adulto mayor, técnicas de ahorro de energía en actividades de la vida

Fecha 9 al 12 de Septiembre 2025

4) Presté servicio asistencial a la comunidad, aplicando mis conocimientos, habilidades y destrezas profesionales a disposición del paciente y la institución, en cumplimiento de las agendas y horarios establecidos, de manera oportuna y concertada con mi superior inmediato acerca de la duración de las consultas.

EVIDENCIA 1



EVIDENCIA 2



Lugar Ciudadela las flores 1, Rincón de zaragoza, Parques de castilla, Gato de monte y Rancho alegre, Terranova 1, Ciudadela las flores 3, Resguardo entrada san Antonio (bellavista, la despensa, oso), San Vicente morro de la cruz

Actividad Preste servicio asistencial a la comunidad a disposición de los pacientes y de institución aplicando mi conocimiento profesional de Terapia Respiratoria, cumpliendo oportunamente con horario, agenda diaria, historia clínica, bitácora de manera oportuna con mi jefe

Fecha 6 al 13 de Septiembre 2025

5) Generé informe de producción de actividades semanales y presenté evidencia de las acciones y diligenciamiento de los formatos acorde a las directrices y lineamientos.

No se realizó actividad durante este periodo

6) Presté apoyo en las diferentes actividades que se asignen por parte del Supervisor del contrato y que sean acordes con el objeto del mismo.

EVIDENCIA 1



EVIDENCIA 2



Lugar Sede aps y sala de juntas hospital piloto de jamundi

Actividad facturación y registro de 318 historias clínicas de atenciones realizadas

Fecha 15 al 30 de Septiembre 2025

7) Apoyé en la divulgación de las actividades, campañas y procesos realizados dentro de la Entidad replicando la gestión del proyecto a través de mis redes sociales (WhatsApp, Facebook e Instagram).

EVIDENCIA 1



Lugar: ACTIVIDAD ONLINE

Actividad:. Compartir contenido audiovisual Instagram y facebook que da a conocer a la población el programa de APS 2025.

Fecha: 6 al 30 de Septiembre 2025

8 - Apoyé la divulgación de las actividades, campañas y procesos realizados dentro de la Entidad, replicando la gestión del proyecto a través de las redes sociales.

EVIDENCIA 1



EVIDENCIA 2



Lugar: Sede de APS Carrera 11 # 12 – 17; Barrio Simón Bolívar, Jamundí.

Actividad: prevención de accidentes ocasionados por minas antipersona, municiones sin explosionar y trampas explosivas

Fecha: 6 al 10 Septiembre 2025

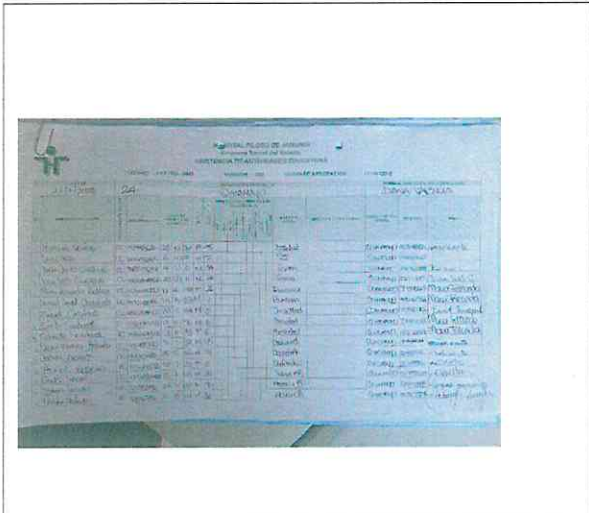
Lugar: Sede de APS Carrera 11 # 12 – 17; Barrio Simón Bolívar, Jamundí.

Actividad: prevención de accidentes ocasionados por minas antipersona, municiones sin explosionar y trampas explosivas

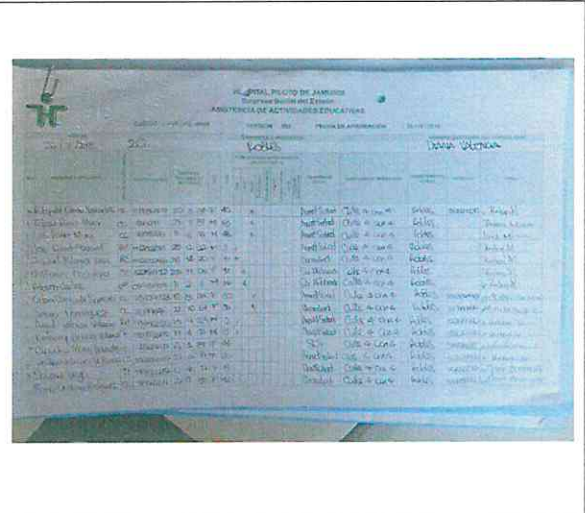
Fecha: 6 al 10 Septiembre 2025

9) Me adherí a los Sistemas de Gestión de Calidad del contratante, lo cual incluyó:
 a) permití auditorías programadas por parte de los funcionarios designados por el CONTRATANTE; b) participé en las capacitaciones, seminarios y, en general, en reuniones relacionadas con los Sistemas de Gestión de Calidad.

EVIDENCIA 1



EVIDENCIA 2



Lugar Ciudadela las flores 1, Rincón de zaragoza, Parques de castilla, Gato de monte y Rancho alegre, Terranova 1, Ciudadela las flores 3, Resguardo entrada san Antonio (bellavista, la despensa, oso), San Vicente morro de la cruz

Actividad Preste servicio asistencial a la comunidad a disposición de los pacientes y de institución aplicando mi conocimiento profesional de Terapia Respiratoria, cumpliendo oportunamente con horario, agenda diaria, historia clínica, bitácora de manera oportuna con mi jefe

Fecha 6 al 15 de Septiembre 2025



**PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL**



DATOS GENERALES DEL APORTANTE NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: CEPASA DE SUBSIDIOS NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 02401000000000000000 CIUDAD/PAÍS/INICIO: VALPARAÍSO/CHILE DIRECCIÓN: CAJÚ DEPARTAMENTO NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 02401000000000000000 TIPO DE EMPRESA: PRIVADA FORMA DE PRESENTACIÓN: PRIVADA APORTANTE EXPONDIENDO PAGO APORTES SALUD: SI/NO E-MAIL: PREFOUNDA.TRIUNFANA@CEPASA.COM		DATOS GENERALES DE LA PLANILLA NÚMERO PLANILLA: 4619781526 TIPO DE PLANILLA: PREPAGO COTIZACIÓN SALUD FECHA DE EMISIÓN: 2022/10/09 NÚMERO AUTORIZACIÓN: 00000000000000000000 VALOR: 5.342.000 FECHA PAGO (obligatoria): 2022/10/09	
DIRECCIÓN DEL APORTANTE CALLE: DEPARTAMENTO NÚMERO: 02401000000000000000 CIUDAD: VALPARAÍSO PAÍS: CHILE		DIRECCIÓN DEL APORTANTE CALLE: DEPARTAMENTO NÚMERO: 02401000000000000000 CIUDAD: VALPARAÍSO PAÍS: CHILE	

ADMINISTRADORA RUT: 15.111.111-1 NOMBRE: ADMINISTRADORA DIRECCIÓN: PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA: ACTIVIDAD ECONOMICA		ADMINISTRADORA RUT: 15.111.111-1 NOMBRE: ADMINISTRADORA DIRECCIÓN: PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA: ACTIVIDAD ECONOMICA	
--	--	--	--

ADMINISTRADORA RUT: 15.111.111-1 NOMBRE: ADMINISTRADORA DIRECCIÓN: PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA: ACTIVIDAD ECONOMICA		ADMINISTRADORA RUT: 15.111.111-1 NOMBRE: ADMINISTRADORA DIRECCIÓN: PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA: ACTIVIDAD ECONOMICA	
--	--	--	--

ADMINISTRADORA RUT: 15.111.111-1 NOMBRE: ADMINISTRADORA DIRECCIÓN: PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA: ACTIVIDAD ECONOMICA		ADMINISTRADORA RUT: 15.111.111-1 NOMBRE: ADMINISTRADORA DIRECCIÓN: PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA: ACTIVIDAD ECONOMICA	
--	--	--	--

ADMINISTRADORA RUT: 15.111.111-1 NOMBRE: ADMINISTRADORA DIRECCIÓN: PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA: ACTIVIDAD ECONOMICA		ADMINISTRADORA RUT: 15.111.111-1 NOMBRE: ADMINISTRADORA DIRECCIÓN: PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA: ACTIVIDAD ECONOMICA	
--	--	--	--

TOTAL PAGADO: \$ 742.500



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACION APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL



TIPO IDENTIFICACION: CODENA DE CIUDADANIA, NUMERO DE IDENTIFICACION: 6780454
HOMBRE O MUJER SOCIAL: CODENA DE CIUDADANIA, NUMERO DE IDENTIFICACION: 6780454
CIDADANIA: CHILE
DIRECCION: CALLE DEPARTAMENTO: VALLE DEL MAIPO, VALLE DEL MAIPO, VALLE DEL MAIPO, VALLE DEL MAIPO
TIPO EMPLERANTE: 02-NO EMPLEADO
FORMA DE PRESENTACION: PRESENTACION DE CLASE APORTANTE
APORTANTE EXONERADO (VAGO APORTES SALUD SEMA E CEF) INFORMACION TRIBUTARIA: Concepto al por mayor de computaciones, sujeta por UNICO
NUMERO PLANILLA: 4025888859
PERIODO COTIZACION OTROS: 2025 010
FECHA VAGO (seleccionar): 2025 010
MES: octubre AÑO: 2025
TIPO DE PLANILLA: PLANILLA COTIZACION SALUD
NUMERO COTIZACION SALUD: 2025 010
NUMERO AUTORIZACION: 099397528

ADMINISTRADORA		TOTAL APORTES A PENSION		TOTAL APORTES A SALUD	
NO. COTIZANTES	COTIZACION	EMPLEADOS	EMPLEADOS	EMPLEADOS	EMPLEADOS
1	\$ 384.000	0	0	0	0
TOTAL:	\$ 384.000	0	0	0	0

ADMINISTRADORA		TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A PENSION	
NO. COTIZANTES	COTIZACION	EMPLEADOS	EMPLEADOS	EMPLEADOS	EMPLEADOS
1	\$ 384.000	0	0	0	0
TOTAL:	\$ 384.000	0	0	0	0

ADMINISTRADORA		TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A PENSION	
NO. COTIZANTES	COTIZACION	EMPLEADOS	EMPLEADOS	EMPLEADOS	EMPLEADOS
1	\$ 384.000	0	0	0	0
TOTAL:	\$ 384.000	0	0	0	0

ADMINISTRADORA		TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A PENSION	
NO. COTIZANTES	COTIZACION	EMPLEADOS	EMPLEADOS	EMPLEADOS	EMPLEADOS
1	\$ 384.000	0	0	0	0
TOTAL:	\$ 384.000	0	0	0	0

TOTAL PAGADO: \$ 742.500

Planilla a cargo



**PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO**



DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 67026554
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	DIANA LORENA VALENCIA ESTRADA	
CIUDAD/MUNICIPIO:	CALI DEPARTAMENTO:	VALLE
DIRECCIÓN:	NN TELÉFONO:	3111111
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	4625686659	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: octubre	PERIODO COTIZACIÓN MES: octubre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2025	SALUD: AÑO: 2025
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/10/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 9994301538

NOVEDADES																
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL					
				TOTALES	
				COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
8002246088	230301	230301-PORVENIR		1	\$ 384.000
SUBTOTAL:				1	\$ 384.000
SALUD					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
8000867022	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD		1	\$ 300.000
SUBTOTAL:				1	\$ 300.000
RIESGOS PROFESIONALES					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
8002261753	14-25	14-25-COLMENA		1	\$ 58.500
SUBTOTAL:				1	\$ 58.500

VALOR SIN MORA:	\$ 742.500
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 742.500

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 67026554
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	DIANA LORENA VALENCIA ESTRADA	
CIUDAD/MUNICIPIO:	CALI DEPARTAMENTO:	VALLE
DIRECCIÓN:	NN TELÉFONO:	3111111
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	4619781526	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN:	MES: septiembre	PERIODO COTIZACIÓN MES: septiembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2025	SALUD: AÑO: 2025
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/10/09	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 9994292879

NOVEDADES																
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL					
				TOTALES	
				COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
8002248088	230301	230301-PORVENIR		1	\$ 384.000
SUBTOTAL:				1	\$ 384.000
SALUD					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
8000887022	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD		1	\$ 300.000
SUBTOTAL:				1	\$ 300.000
RIESGOS PROFESIONALES					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
8002261753	14-25	14-25-COLMENA		1	\$ 58.500
SUBTOTAL:				1	\$ 58.500

VALOR SIN MORA:	\$ 742.500
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 742.500

