



ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830107985-1
PROGRAMA DIMF KENNEDY
CONTRATO 11005322023

TALENTO HUMANO

FASE ATENCION

FEBRERO DE 2023

CONTRATO

DIMF

KENNEDY

11005322023

**Asociación Profesionales de Colombia**

830107985-1

Relación de gastos

Dimf Kennedy

Talento Humano Contrato 11005322023**Mes Febrero 2023**

PROVEEDOR	TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN PROVEEDOR	CARGO	SOPORTE	DESCRIPCION SOPORTE	COPROBANTE DE EGRESO	RUBRO	VALOR TOTAL EJECUTADO	RETE ICA	VALOR TOTAL PAGADO
Emilee Rojas Aguilar	Cc	52.278.676	Coordinador	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	\$ 3.258.600	\$ 31.478	\$ 3.227.122
Carlos Fabian Rincon Ortiz	Cc	79.535.141	Agentes Educativos Mt-P1	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	\$ 2.296.800	\$ 22.187	\$ 2.274.613
Gloria Estela Pérez Jaimes	Cc	51.804.205	Agentes Educativos Mt-P1	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	\$ 2.296.800	\$ 22.187	\$ 2.274.613
Liliana Patricia Peña Salcedo	Cc	52.974.510	Agentes Educativos Mt-P1	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	\$ 2.296.800	\$ 22.187	\$ 2.274.613
Martha Elizabeth Páez Alarcon	Cc	1.032.359.119	Agentes Educativos Mt-P1	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	\$ 2.296.800	\$ 22.187	\$ 2.274.613
Shirley Paola Vanegas Prada	Cc	52.769.729	Agentes Educativos Mt-P1	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	\$ 2.296.800	\$ 22.187	\$ 2.274.613
Yaneth Bulla Cely	Cc	52.463.374	Agentes Educativos Mt-P1	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	\$ 2.296.800	\$ 22.187	\$ 2.274.613
Diana Katherine Conde Valencia	Cc	1.030.661.794	Psicosocial	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	\$ 2.296.800	\$ 22.187	\$ 2.274.613
Yuly Alexandra Contreras Dominguez	Cc	53.075.707	Psicosocial	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	\$ 2.296.800	\$ 22.187	\$ 2.274.613
Francía Gigliola Barrero Florez	Cc	52.911.613	Nutricionista	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	\$ 1.914.000	\$ 18.489	\$ 1.895.511
Johanna Andrea Contreras Marin	Cc	53.077.091	Nutricionista	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	\$ 2.680.358	\$ 25.892	\$ 2.654.466
Angela Liliana Caro Pulido	Cc	52.750.469	Apoyo Pedagogicos	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	\$ 1.969.612	\$ 19.026	\$ 1.950.586
Luz Marina Diaz Corredor	Cc	51.746.897	Apoyo Pedagogicos	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	\$ 1.969.612	\$ 19.026	\$ 1.950.586
Luz Omaira Salamanca Guzman	Cc	1.024.546.491	Apoyo Pedagogicos	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	\$ 1.969.612	\$ 19.026	\$ 1.950.586
Milena Bejarano Urrego	Cc	20.638.307	Apoyo Pedagogicos	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	\$ 1.969.612	\$ 19.026	\$ 1.950.586
Nicol Alejandra Barrero Vasquez	Cc	1.233.489.641	Apoyo Pedagogicos	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	\$ 1.969.612	\$ 19.026	\$ 1.950.586
Yesica Briyith Gomez Tunjano	Cc	1.030.620.105	Apoyo Pedagogicos	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	\$ 1.969.612	\$ 19.026	\$ 1.950.586
Camila Alexandra Suarez Florez	Cc	1.023.893.980	Apoyo Administrativo	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	\$ 1.969.612	\$ 19.026	\$ 1.950.586
Yolima Guzman Fajardo	Cc	40.443.431	Coordinador	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	\$ 3.801.700	\$ 36.724	\$ 3.764.976
Ana Maria Barragan León	Cc	1.030.572.403	Agentes Educativos Mt-P1	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	\$ 2.296.800	\$ 22.187	\$ 2.274.613
Edith Yamile Murcia Chacon	Cc	52.459.657	Agentes Educativos Mt-P1	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	\$ 2.296.800	\$ 22.187	\$ 2.274.613
Luz Nidia Perez Velasquez	Cc	52.463.180	Agentes Educativos Mt-P1	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	\$ 2.296.800	\$ 22.187	\$ 2.274.613
Ana Herlinda Camacho Sanchez	Cc	39.664.915	Agentes Educativos -Mt-P2	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	\$ 2.051.981	\$ 19.822	\$ 2.032.159
Ana Jazmin Becerra Gallo	Cc	52.931.661	Agentes Educativos Mt-P2	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	\$ 2.051.981	\$ 19.822	\$ 2.032.159
Nohora Rosalba Rojas Medina	Cc	51.814.455	Agentes Educativos Mt-P2	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	\$ 2.051.981	\$ 19.822	\$ 2.032.159
Sooner Susana Chaves Rodriguez	Cc	52.847.653	Agentes Educativos Mt-P2	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	\$ 2.051.981	\$ 19.822	\$ 2.032.159
Yanileth Rocio Roa Wilches	Cc	1.023.949.135	Psicosocial	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	\$ 2.296.800	\$ 22.187	\$ 2.274.613

Yuri Alexandra García Avila	Cc	1.032.378.513	Psicosocial	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	\$ 3.062.400	\$ 29.583	\$ 3.032.817
Sara Yulieth Marín Trejos	Cc	1.082.889.760	Nutricionista	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	\$ 2.296.800	\$ 22.187	\$ 2.274.613
Sindy Paola Plata Nieto	Cc	52.762.693	Nutricionista	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	\$ 3.062.400	\$ 29.583	\$ 3.032.817
Alisson Julieth Gongora Arias	Cc	1.030.647.308	Apoyo Pedagógicos	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	\$ 1.969.612	\$ 19.026	\$ 1.950.586
Blanca Jasbleidy Herrera	Cc	1.023.901.666	Apoyo Pedagógicos	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	\$ 1.969.612	\$ 19.026	\$ 1.950.586
Claudia Patricia Buitrago Caro	Cc	53.093.373	Apoyo Pedagógicos	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	\$ 1.969.612	\$ 19.026	\$ 1.950.586
Jaimmy Lorena Ayala Urbano	Cc	1.010.222.197	Apoyo Pedagógicos	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	\$ 1.969.612	\$ 19.026	\$ 1.950.586
Julieth Yesenia Bolívar Alarcón	Cc	1.030.671.785	Apoyo Pedagógicos	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	\$ 1.969.612	\$ 19.026	\$ 1.950.586
Lina Fernanda Angulo Benítez	Cc	1.022.999.801	Apoyo Pedagógicos	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	\$ 1.969.612	\$ 19.026	\$ 1.950.586
Nidia Marcela Mendieta Ramírez	Cc	52.904.447	Apoyo Pedagógicos	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	\$ 1.969.612	\$ 19.026	\$ 1.950.586
Yiseth Vannesa Abril Robayo	Cc	1.024.547.299	Apoyo Administrativo	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	\$ 2.298.100	\$ 22.200	\$ 2.275.900
TOTAL								\$ 85.718.450	\$ 828.040	\$ 84.890.410

INFORME ARCHIVO GENERADO

INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

VALOR TOTAL ARCHIVO GENERADO: \$81445952.00

FICHA DISPERSION	TIPO ARCHIVO A CARGAR	NOMBRE EMPRESA	TIPO IDENTIFICACION EMPRESA	NUMERO IDENTIFICACION EMPRESA	TIPO PRODUCTO	NUMERO PRODUCTO
10-13-2023	NOMINA	ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA	NIT JURIDICO	8301079851	AHORROS	075586354

INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS

NOMBRE BENEFICIARIO	TIPO IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION	TIPO PRODUCTO	NUMERO PRODUCTO	CODIGO COMPENSACION	VALOR A PAGAR
GUZMAN FAJARDO YOLIMA	CEDULA DE CIUDADANIA	40443431	AHORROS	542308754	BANCO DE BOGOTA	\$ 3764976
ROJAS MEDINA NOHORA ROSALBA	CEDULA DE CIUDADANIA	51814455	AHORROS	274265172	BANCO DE BOGOTA	\$ 2032159.00
BECKER GALLO ANA JAZMIN	CEDULA DE CIUDADANIA	52931661	AHORROS	212220040	BANCO DE BOGOTA	\$ 2032159.00
CAMACHO SANCHEZ ANA HERLINDA	CEDULA DE CIUDADANIA	39664915	AHORROS	060374956	BANCO DE BOGOTA	\$ 2032159.00
CHAVES RODRIGUEZ SOONER SUSANA	CEDULA DE CIUDADANIA	52847653	AHORROS	212220032	BANCO DE BOGOTA	\$ 2032159.00
PIEREZ VELASQUEZ LUZ NIDIA	CEDULA DE CIUDADANIA	52463180	AHORROS	025402785	BANCO DE BOGOTA	\$ 2274613.00
BARRAGAN LEON ANA MARIA	CEDULA DE CIUDADANIA	1030572403	AHORROS	191233964	BANCO DE BOGOTA	\$ 2274613.00
MURCIA CHACON EDITA YAMILE	CEDULA DE CIUDADANIA	52459657	AHORROS	025402637	BANCO DE BOGOTA	\$ 2274613.00
GARCIA AVILA YURI ALEXANDRA	CEDULA DE CIUDADANIA	1032378513	AHORROS	075801401	BANCO DE BOGOTA	\$ 3032817.00
ROA WILCHES YANILETH ROCIO	CEDULA DE CIUDADANIA	1023949135	AHORROS	316436682	BANCO DE BOGOTA	\$ 2274613.00
PLATA NIETO SINDY PAOLA	CEDULA DE CIUDADANIA	52762693	AHORROS	212220339	BANCO DE BOGOTA	\$ 3032817.00
MARIN TREJOS SARA JULIETH	CEDULA DE CIUDADANIA	1082889760	AHORROS	274266832	BANCO DE BOGOTA	\$ 2274613.00
GONGORA ARIAS ALISSON JULIETH	CEDULA DE CIUDADANIA	1030647308	AHORROS	316437508	BANCO DE BOGOTA	\$ 1950586.00
BUITRAGO CARO CLAUDIA PATRICIA	CEDULA DE CIUDADANIA	53093373	AHORROS	075611343	BANCO DE BOGOTA	\$ 1950586.00
ANGULO BENITEZ LINA FERNANDA	CEDULA DE CIUDADANIA	1022999801	AHORROS	060375292	BANCO DE BOGOTA	\$ 1950586.00
BOLIVAR ALARCON JULIETH YESENIA	CEDULA DE CIUDADANIA	1030671785	AHORROS	316437771	BANCO DE BOGOTA	\$ 1950586.00
HERRERA RAMOS BLANCA	CEDULA DE CIUDADANIA	1023901666	AHORROS	135255883	BANCO DE BOGOTA	\$ 1950586.00

AYALA URBANO JAIMM'Y LORENA	CEDULA DE CIUDADANIA	1010222197	AHORROS	143322881	BANCO DE BOGOTA	\$ 1950586.00
MENIDIETA RAMÍREZ NIDIA MARCELA	CEDULA DE CIUDADANIA	52904447	AHORROS	078459591	BANCO DE BOGOTA	\$ 1950586.00
ABRIL ROBAYO YISETH VANNESA	CEDULA DE CIUDADANIA	1024547299	AHORROS	022620272	BANCO DE BOGOTA	\$ 2275900.00
EMILCE ROJAS AGUILAR	CEDULA DE CIUDADANIA	52278676	AHORROS	060374899	BANCO DE BOGOTA	\$ 3227122.00
SHIRLEY PAOLA VARGAS PRADA	CEDULA DE CIUDADANIA	52769729	AHORROS	060374907	BANCO DE BOGOTA	\$ 2274613.00
LILIANA PATRICIA PEÑA SÁLCEDO	CEDULA DE CIUDADANIA	52974510	AHORROS	212085823	BANCO DE BOGOTA	\$ 2274613.00
YANETH BULLA CELY	CEDULA DE CIUDADANIA	52463374	AHORROS	022620660	BANCO DE BOGOTA	\$ 2274613.00
CARLOS FABIAN RINCON ORTIZ	CEDULA DE CIUDADANIA	79535141	AHORROS	044464303	BANCO DE BOGOTA	\$ 2274613.00
MARTHA ELIZABETH PAEZ ALARCON	CEDULA DE CIUDADANIA	1032359119	AHORROS	274265222	BANCO DE BOGOTA	\$ 1984613.00
GLORIA ESTELA PEREZ JAIMES	CEDULA DE CIUDADANIA	51804205	AHORROS	212220024	BANCO DE BOGOTA	\$ 2274613.00
YULY ALEXANDRA CONTRERAS DOMINGUEZ	CEDULA DE CIUDADANIA	53075707	AHORROS	022552087	BANCO DE BOGOTA	\$ 2274613.00
DIANA KATHERIN CONDE VALENCIA	CEDULA DE CIUDADANIA	1030661794	AHORROS	035608280	BANCO DE BOGOTA	\$ 2274613.00
FRANCIA GIGLIOLA BARRERO FLÓREZ	CEDULA DE CIUDADANIA	52911613	AHORROS	275315661	BANCO DE BOGOTA	\$ 1895511.00
YESICA BRIYTH GOMEZ TUNJANO	CEDULA DE CIUDADANIA	1030620105	AHORROS	212220305	BANCO DE BOGOTA	\$ 1950586.00
LUZ MARINA DIAZ CORREDOR	CEDULA DE CIUDADANIA	51746897	AHORROS	060375912	BANCO DE BOGOTA	\$ 1750586.00
ANGELA LILIANA CARC PULIDO	CEDULA DE CIUDADANIA	52750469	AHORROS	060375193	BANCO DE BOGOTA	\$ 1750586.00
MILENA BEJARANO URREGO	CEDULA DE CIUDADANIA	20638307	AHORROS	060375151	BANCO DE BOGOTA	\$ 1850586.00
N COL ALEXANDRA BARRERO VASQUEZ	CEDULA DE CIUDADANIA	1233489641	AHORROS	060375284	BANCO DE BOGOTA	\$ 1950586.00
LUZ OMAIRA SALAMANCA GUZMAN	CEDULA DE CIUDADANIA	1024546491	AHORROS	450258918	BANCO DE BOGOTA	\$ 1950586.00
CAMILA ALEXANDRA SUAREZ FLOREZ	CEDULA DE CIUDADANIA	1023893980	AHORROS	036632826	BANCO DE BOGOTA	\$ 1950586.00

ANA QUIROZ

Fecha/Hora Último Ingreso: 2023/03/16 14:59

- Transacciones
- > Pagos
- > Nóminas, Proveedores y Libranzas
- > Nuevas Transacciones

Nóminas, Proveedores y Libranzas

¿Ayuda?

Resultados de transacciones

💡 Su Transacción se encuentra en Proceso

Origen			
Tipo Producto	Cuenta Ahorros		
Nombre Producto Origen	CAH6354	No. Producto	*****6354
Fecha Pago	2023/03/16		
Destino			
Tipo Identificación	NIT Persona Jurídica		
No. Identificación	8301079851		
Beneficiario	FONDO NOMINA		
Valor a Pagar	\$790,000.00		
Entidad Financiera	Banco de Bogotá		
Tipo Producto	Cuenta Corriente		
Producto Destino	075572156		
Tipo Pago	PROVEEDORES		
Referencia / No. Factura			
Información Adicional	0680000000000PINF		
Estado	En Proceso		

⚠ Importante: Una vez finalizada esta transacción, por favor verifique el débito en la cuenta origen, antes de intentar realizarla nuevamente.

* La tarifa de esta transacción depende del acuerdo que tenga establecido con el Banco

Ciudad: Bogotá

Mes: Febrero

Día: 28

Año: 2023

CUENTA DE COBRO No. 02

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA

NIT 830.107.985-1

DEBE A: EMILCE ROJAS AGUILAR

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS

No. APC2023-DIMF KENNEDY-CON002

NOMBRE: EMILCE ROJAS AGUILAR

CEDULA: 52.278.676

CUENTA BANCARIA: 060374899 **BANCO:** BOGOTA **AHORRO** X **CORRIENTE**

LA SUMA DE: (\$3.258.600) TRES MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS PESOS M/Cte.

PERIODO: 1 al 28 Febrero

CONCEPTO: Coordinadora – DIMF Kennedy CTO # 11005322023, con 300 cupos

El Contratista ha desarrollado las obligaciones objeto del CONTRATO con total independencia y autonomía, frente a la Asociación Profesionales de Colombia, razón por la cual no constituye vínculo laboral alguno, ni da lugar a ninguna clase de Prestaciones Sociales de conformidad con lo establecido por la Normatividad Vigente.

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI **NO** X a partir de la fecha Día Mes Año en constancia:

Firmo _____

Autorizo me sea descontada la suma de:

APORTES FONDO	0
PRESTAMOS	0
OTROS DESCUENTOS (intereses):	0
TOTAL, DESCUENTOS	0

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: (\$3.258.600) Tres millones doscientos cincuenta y ocho mil seiscientos pesos M/Cte. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:



Coordinador
C.C.

Atentamente,



NOMBRE: Emilce Rojas Aguilar

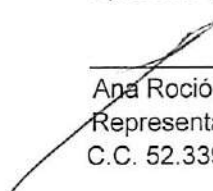
C.C. 52.278.676

Correo: emilcerojasts@gmail.com

Dirección: Carrera 73D N°35C-17 sur

Teléfono: 321-3231356

Aprobado por:


Ana Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

NOTA: Se debe anexar planilla de pago de los Aportes a Salud, Pensión y ARL, del mes vencido y productos del mes según certificación de cumplimiento.

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO POR CARGO
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
CTO # 1100/532/2023



PROGRAMA	DIME GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	EMILCE ROJAS AGUILAR
CARGO	COORDINADOR
PERIODO y FECHA	FEBRERO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISIÓN	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
		1. Informe Técnico, que de cuenta de la ejecución de cada uno de los componentes en el primer mes de Atención	1. Formato f8 contractual 1.2 Formato f8 Acciones	30%	7 MARZO	✓		
		2. Velar por mantener el th y tener al día el archivo de los mismos	1.2. Matriz de Talento Humano Actualizada - Actualizada con Egresos e ingresos ocurridos en el mes	10%	7 MARZO	✓		
		3. Organizar, Monitorear e informar las especificaciones de la cobertura y población a atender	3.1 Formato Certificación de Cobertura 3.2 Formato población Migrante 3.3 Formato Desplazados 3.4. Formato Metas Sociales	10%	7 MARZO	✓		
		4. Monitorear el cumplimiento Cuantame al 100% Mensual	4.1. Cargue de :Participantes de la UDS delegada 100% 4.2. Cargue del 100% Nutricional	10%	7 MARZO	✓		
Fase de Atención 2		5. Organizar, Monitorear y acompañar: * Entrega de RFPP * Entrega de Refrigerios	5.1. Formatos RPP - 18 Listados en total_3 por profe (Traer los físicos para verificar _ organizados en una AZ legajados por unidad) 5.2 Formatos de Refrigerio - 72 listados en total _12 por profe (Traer los físicos para verificar _organizados en una AZ legajados por unidad)	25%	7 MARZO	✓		
		6. Liderar , Monitorear y acompañar: * Encuentro Grupales a las Familias * Visitas en el Hogar a las Familias	6.1. Formatos RAM. 18 Listados en total_3 por profe (Traer los físicos para verificar organizados en una AZ legajados por unidad)	25%	7 MARZO	✓		
		7. Construcción de la nómina recepción y verificación de la documentación para formalización.	7.1. Formato de nómina en excell. 7.2. Chek list de nómina por cargo (100% de los soportes relacionados) de la UDS asignada.	10%	7 MARZO	✓		
		8. Monitorear y acompañar el proceso de Inventarios 2023	8.1. Realizar la consolidación de los inventarios en el excell correspondiente. Para el mes de febrero: 8.2. Inventario de equipos Audiovisuales 8.3. Actas de inventario recibido por UDS de la Asociación Esperanza y Progreso.	10%	7 MARZO	✓		
TOTAL				100%				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	EMILCE ROJAS AGUILAR
C.C.	52278576

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	ANGIE ROJAS
C.C.	

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que EMILCE AGUILAR, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 52.278.676 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 060374899, abierta/o desde el 27/1/2023.

Se expide en Bogotá el día 28 del mes de Enero del año 2023 con destino a: Asociación profesional de colombia



Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

52.278.676

NUMERO

ROJAS AGUILAR

APELLIDOS

EMILCE

NOMBRES

Emilce Rojas Aguilar
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **15-MAR-1976**
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

31-OCT-1994 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Almabatriz Rengifo Lopez
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABATRIZ RENGIFO LOPEZ



A-1500117-42137313-F-0052278676-20051117

0273105321A 02 200710941

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES
AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD



Nº. de Radicación: 18101214213 Fecha de Radicación: 18/02/2013

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite: A. Afiliación ☒ B. Reporte de Novedades ☐ 2. Tipo de Afiliación: A. Individual: ☐ B. Colectiva: ☐ C. Beneficiario o cabeza de familia: ☐ D. Beneficiario o afiliado adicional: ☐ 3. Régimen: A. Contributivo ☐ B. Subsidio ☐ 4. Tipo de afiliado: A. Cotizante ☐ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐ 5. Tipo de cotizante: A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐ Código (a registrar por la EPS): 59

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres: RIVERA 7. Tipo de documento de identidad: CC 8. Número de documento de identidad: 501006 9. Sexo: ☒ Femenino ☐ Masculino 10. Fecha de nacimiento: 15/08/1976

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia: NA 12. Discapacidad: ☐ 13. Puntaje SISBEN: 5010 14. Grupo de población especial: 5010 15. Administradora de riesgos laborales - ARL: 781001 16. Administradora de pensiones: 2133356 17. Ingreso base de cotización - IBC: 17133 18. Residencia: Barrios Unidos 19. Zona: ☒ Urbana ☐ Rural

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres: BOYER 20. Tipo de documento de identidad: CC 21. Número de documento de identidad: 101010101010 22. Sexo: ☐ Femenino ☒ Masculino 23. Fecha de nacimiento: 10/10/1976

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres				25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre			Femenino / Masculino
B1	<u>BOYER</u>	<u>JOSE</u>	<u>JOSE</u>	<u>71</u>	<u>101010101010</u>	☒ X
B2						
B3						
B4						
B5						

28. Fecha de nacimiento: 10/02/1976 29. Parentesco: Padre 30. Tipo de discapacidad: NA 31. Discapacidad: ☐ 32. Datos de residencia: Municipio / Distrito: Bogotá Zona: ☒ Urbana ☐ Rural Departamento: BOGOTÁ Teléfono fijo y/o celular: 30133356 33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS): 30133356

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS: IPS Código de la IPS (a registrar por la EPS): 1010 35. Nombre o razón social: IPS 36. Tipo de documento de identificación: CC 37. Número del documento de identificación: 101010101010 38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS): IPS 39. Ubicación: Bogotá

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad: 1. Modificación datos básicos de identificación ☐ 2. Corrección datos básicos de identificación ☐ 3. Actualización documento de identidad ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS ☐ 6. Reinscripción en la EPS ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐ 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidio ☐ 14. Traslado: A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen ☐ 15. Reporte por fallecimiento ☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante ☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado ☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado ☐

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación: Primer Apellido: RIVERA Segundo Apellido: RIVERA Primer Nombre: JOSE Segundo Nombre: JOSE Tipo de documento de identidad: CC Número de documento de identidad: 101010101010 Sexo: ☐ Femenino ☒ Masculino Fecha de nacimiento: 10/10/1976 42. Fecha de nacimiento: 10/10/1976 43. EPS anterior: IPS 44. Motivo de traslado: CC 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones: IPS

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. ☐ 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. ☐ 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impidan la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. ☐ 49. Declaración de no intervención del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. ☐ 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. ☒ 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genera de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. ☒ 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. ☒ 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. ☒

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario: RIVERA JOSE 55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de Oficio: IPS

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN ☐ Cant. ☐ RC ☐ Cant. ☐ TI ☐ Cant. ☐ CC ☐ Cant. ☐ CE ☐ Cant. ☐ CD ☐ Cant. ☐ SC ☐ Cant. ☐ Total: 1 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. ☐ 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de inscripción de sentencia judicial que declare la unión marital. ☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, separación judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. ☐ 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. ☐

X. DATOS PARA EL REGISTRO POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial: Código del municipio: 1010 Código del departamento: BOGOTÁ 67. Datos del SISBEN: Número de la ficha: 1010 Puntaje: 5010 Nivel: 5010 68. Fecha de radicación: 18/02/2013 69. Fecha de validación: 18/02/2013 70. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer Apellido: BOYER Segundo Apellido: BOYER Primer Nombre: JOSE Segundo Nombre: JOSE Tipo de documento de identidad: CC Número de documento de identidad: 101010101010 71. Firma del funcionario: BOYER JOSE

OBSERVACIONES: APC de febrero pago MAILO
CC en cabeza de familia por el pago de

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

2. Concepto **02** Actualización

4. Número de formulario

14891869387



(415)7707212489984(8020) 0000014891869387

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

5 2 2 7 8 6 7 6

6. DV

1

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de identificación

5 2 2 7 8 6 7 6

27. Fecha expedición

1 9 9 4 1 0 3 1

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

ROJAS

32. Segundo apellido

AGUILAR

33. Primer nombre

EMILCE

34. Otros nombres

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CR 73 D 35 C SUR 17 BRR KENNEDY

42. Correo electrónico

coordinacionepabraham2022@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 2 1 3 2 3 1 3 5 6

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

46. Código

8 5 5 9

47. Fecha inicio actividad

2 0 2 2 0 7 0 1

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código

1 2

51. Código

1 2 1 0

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 4 9

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

Exportadores

54. Código

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

X

60. No. de Folios:

0

61. Fecha

2023 - 01 - 27 / 17 : 22: 48

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.

Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

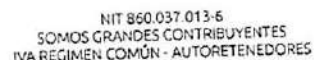
Firma autorizada:

984. Nombre

ROJAS AGUILAR EMILCE

985. Cargo

CONTRIBUYENTE



Código de Seguridad: JP3YWTzn1ACIQQoZ8cEcIg==

VERSIÓN CLAUSULADO 06-04-2021-1317-P-05-PPSUS2R000000065-D001

OBJETO DE CONTRATO

EL CONTRATISTA EN SU CALIDAD DE TRABAJADOR INDEPENDIENTE SE OBLIGA CON EL CONTRATANTE A PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO COORDINADOR EN EL MARCO DEL CONTRATO DE APOORTE SUSCRITO CON EL ICBF PARA LA INSTITUCIÓN DEL CDI DIMF

CONVENIO DE PAGO	DIRECTO EFECTIVO, Fecha de Pago: 22/02/2023
------------------	---

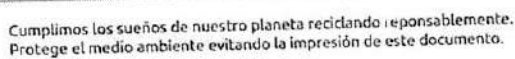
DOCUMENTO Y VIVE LA EXPERIENCIA DE ESTAR SEGURO CON EL RESPALDO DE SEGUROS VITALES

EL TOMADOR Y/O ASEGURADO SEGÚN CORRESPONDA, SE COMPROMETE A PAGAR LA PRIMA DENTRO DE LOS 30 DÍAS CONTADOS A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1068 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, MODIFICADO POR EL ARTÍCULO 82 DE LA LEY 45 DE 1990, LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PRESENTE PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDIAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA.

EN MI CALIDAD COMO TOMADOR DE LA PÓLIZA INDICADA EN ESTA CARÁTULA, MANIFIESTO EXPRESAMENTE QUE HE TENIDO A MI DISPOSICIÓN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA MANIFIESTO ADEMÁS, QUE DURANTE EL PROCESO DE NEGOCIACIÓN, ANTICIPADAMENTE ME HAN SIDO EXPLICADAS POR LA COMPAÑÍA Y/O POR EL INTERMEDIARIOS DE SEGUROS AQUÍ INDICADO, SOBRE LAS EXCLUSIONES Y ALCANCES Y CONTENIDOS DE LA COBERTURA, ASÍ COMO LAS GARANTÍAS, EN VIRTUD DE TAL ENTENDIMIENTO, LAS ACEPTO Y DECIDÍ TOMARLA PÓLIZA DE SEGUROS CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO.

 Líneas de Atención al Cliente:

- Nacional: 01 8000 111 935
- Bogotá: 327 4712 - 327 4713



HOJA No.

CONSEJO A LA CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA Y PASA - APF

Año: 2023

NOTA: Se debe anexar planilla de pago de los Aportes a Salud, Pensión y ARL, del mes vencido y productos del mes según certificación de cumplimiento.

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO POR CARGO
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
CTO # 1100/532/2023



PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	CARLOS FABIAN RINCON ORTIZ
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	FEBRERO

PERIODO Y FECHA	FEBRERO							
FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
Fase de atención	2	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias según la fase diagnostica, con los 3 GA (4 por cada UA)	1.1 RAM (3) (físico y digital) 1.2 Planeación cargada al drive correspondiente del GT (4) 1.3 Registro en el formato de planeacion del registro visual 1.4 Entrega de refrigerios (6 x GT)	40%	1-23-2023			1.1 OK 1.2 OK 1.3 OK 1.4 OK
		2. Organizar, archivar y digitalizar la documentación requerida para la formalización del cupo del GA (50)	2.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 2.2 Acomodación de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 2.3 Digitalización de cada uno de los documentos de los participantes del GA _Opcional 2.4 Cargue de los documentos al drive correspondiente al GT_ Opcinal al avance del ítem anterior 2.5 Archivo Físico de los documentos en las carpetas respectivas (50 carpetas)	15%	1-23-2023			2.1 OK 2.2 OK 2.3 OK 2.4 OK 2.5 OK
		3. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 40 minutos de formación (DIMF)	3.1 Desarrollo los 15 encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atención correspondiente. * Formato Verificación condiciones de habitabilidad (Criterios de focalización)	25%	1-23-2023			3.1 OK
		4. Apoyar el proceso de digitalización de la información física que se requiera según las indicaciones y el protocolo de archivo, y elaboración de directorio por GA (50)	4.1 Directorio, de las 50 familias participantes	10%	1-23-2023			4.1 OK
		5. Entrega de Raciones	5.1 Formato RPP 5.1 Fotografías uno a uno de la entrega de RPP - en power Point	10%	1-23-2023			5.1 OK 5.2 OK
TOTAL				100%				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	CARLOS FABIAN RINCON ORTIZ
C.C.	79535141

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	EMILCE ROJAS AGUILAR
C.C.	52278676

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que CARLOS FABIAN RINCON ORTIZ, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 79.535.141 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 044464303, abierta/o desde el 30/7/2019.

Se expide en Bogotá el día 26 del mes de Febrero del año 2023 con destino a: APC



Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **79.535.141**

RINCON ORTIZ

APELLIDOS

CARLOS FABIAN

NOMBRES


FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **27-JUN-1971**

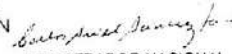
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65
ESTATURA

O+
G. S. RH

M
SEXO

07-SEP-1989 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION


REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1500150 00677344 M-0079535141-20150311

0043541032A 1

7723300535

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN ☐ Cant. ☐ RG ☐ Cant. ☐ TI ☐ Cant. ☐ CG ☐ Cant. ☐ PA ☐ Cant. ☐ CE ☐ Cant. ☐ CD ☐ Cant. ☐ SC ☐ Cant. ☐ Total ☐	
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.	☐
58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.	☐
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.	☐
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.	☐
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.	☐
62. Documento en que consta la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el representante de los padres.	☐
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.	☐
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para prestar servicios de custodia.	☐
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consta la calidad de beneficiario o se ordene la emisión de copia.	☐

3. DATOS Y DECE ENCOMENDADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

2. Concepto **0 2** Actualización

4. Número de formulario

14695340470



(415)7707212489984(8020) 000001469534047 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) **7 9 5 3 5 1 4 1** 6. DV **4** 12. Dirección seccional **Impuestos de Bogotá**

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente **Persona natural o sucesión ilíquida** 25. Tipo de documento **Cédula de Ciudadanía** 26. Número de identificación **7 9 5 3 5 1 4 1** 27. Fecha expedición **1 9 8 9 0 9 0 7**
Lugar de expedición **COLOMBIA** 28. País **1 6 9** 29. Departamento **Bogotá D.C.** 30. Ciudad/Municipio **Bogotá, D.C.** 31. Primer apellido **RINCON** 32. Segundo apellido **ORTIZ** 33. Primer nombre **CARLOS** 34. Otros nombres **FABIAN**

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País **COLOMBIA** 39. Departamento **Bogotá D.C.** 40. Ciudad/Municipio **Bogotá, D.C.**

41. Dirección principal **CL 69 SUR 73 G 12 BRR LA CARBONERA ISMAEL PERDOMO**

42. Correo electrónico **fun.jugandolimpiocb@hotmail.com**

43. Código postal 44. Teléfono 1 **7 7 9 6 0 0 0** 45. Teléfono 2 **3 1 1 5 2 2 8 5 4 7**

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	52. Número establecimientos
Actividad principal		Actividad secundaria		51. Código	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad		
8 5 1 1	2 0 1 2 0 6 2 5	9 3 1 9	2 0 1 6 0 4 1 5	3 4 7 5	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código **2 2 4 9**
22- Obligado a cumplir deberes formales a
49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

54. Código **1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20**

Exportadores

55. Forma 56. Tipo Servicio **1 2 3**
57. Modo
58. CPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI ☐ NO ☒

60. No. de Folios: **0**

61. Fecha **2023 - 01 - 30 / 16 : 54: 02**

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Párrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre **RINCON ORTIZ CARLOS FABIAN**
985. Cargo **CONTRIBUYENTE**

Año: 2023

NOTA: Se debe anexar planilla de pago de los Aportes a Salud, Pensión y ARL, del mes vencido y productos del mes según certificación de cumplimiento.

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO POR CARGO
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
CTO # 1100/532/2023



PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	GLORIA ESTELA PEREZ JAIMES
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	FEBRERO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
Fase de atención	2	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias según la fase diagnóstica, con los 3 GA (4 por cada UA)	1.1 RAM (3) (físico y digital) 1.2 Planeación cargada al drive correspondiente del GT (4) 1.3 Registro en el formato de planeación del registro visual 1.4 Entrega de refrigerios (6 x GT)	40%	1/03/2023	x		1.1 Ram O.K 1.2 planeacion O.K 1.3 Registro O.K 1.4 Entrega de refrigerios
		2. Organizar, archivar y digitalizar la documentación requerida para la formalización del cupo del GA (50)	2.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 2.2 Acomodación de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 2.3 Digitalización de cada uno de los documentos de los participantes del GA _Opcional 2.4 Cargue de los documentos al drive correspondiente al GT _Opcional al avance del ítem anterior 2.5 Archivo Físico de los documentos en las carpetas respectivas (50 carpetas)	15%	1/03/2023	x		2.1 O.K 2.2 O.K 2.3 O.K 2.4 O.K 2.5 O.K
		3. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 40 minutos de formación (DIMF)	3.1 Desarrollo los 15 encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atención correspondiente. * Formato Verificación condiciones de habitabilidad (Criterios de focalización).	25%	1/03/2023	x		3.1 O.K
		4. Apoyar el proceso de digitalización de la información física que se requiera según las indicaciones y el protocolo de archivo, y elaboración del directorio por GA (50)	4.1 Directorio, de las 50 familias participantes	10%	1/03/2023	x		4.1 O.K
		5. Entrega de Raciones	5.1 Formato RPP 5.1 Fotografías uno a uno de la entrega de RPP - en power Point	10%	1/03/2023	x		5.1 O.K 5.1 O.K
		TOTAL		100%				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	GLORIA ESTELA PEREZ JAIMES
C.C.	51804205

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	EMILCE ROJAS AGUILAR
C.C.	52278578



Nit. 800.002.924.4
Calle 36 N° 7-47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que GLORIA PEREZ, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 51.804.205 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 212220024, abierta/o desde el 29/1/2023.

Se expide en Bogotá el día 30 del mes de Enero del año 2023 con destino a: Profesionales de Colombia

Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 51.804.205

PEREZ JAIMES

APELLIDOS

GLORIA ESTELA

NOMBRES

Gloria Estela Pérez Jaimes

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-ABR-1965

CONTRATACION
(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55

ESTATURA

A+

G.S. RH

F

SEXO

03-JUL-1984 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00148150-F-0051804205-20090128

0009714828A 1

1260029864

REGISTRADORA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL



aportes
en línea

Pagos aportes en línea

Resumen del pago



La transacción fue APROBADA por su entidad financiera.

Detalle de la transacción:

Comercio:	Aportes en línea
NIT:	9999001472382
Clave de planilla:	9446497173
Período de pago:	2023-01
Fecha de la transacción:	2023/02/07
Valor:	332,600
Banco:	BANCOLOMBIA
Dirección IP:	192.168.112.162
Código único de seguimiento (CUS):	1905821006

Aceptar

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 51804205		GLORIA ESTELA PEREZ JAIMES	INDEPENDIENTE	Principal	Calle 47 a bis sur # 78c - 20	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3462076	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2023-01	2023-01	1905821006	9446497173	I	2023/02/02	2023/02/07	BANCOLOMBIA	5	\$332,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES										PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES																												
No.	Identificación	Nombre	ing	res	ido	tac	hdp	cap	vis	cor	ret	sta	lga	ma	vac	avp	vet	lit	vip	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerada SENA e ICBF	Total Aportes																
SUCURSAL: Principal (1 Afiliados)																									\$1,160,000	\$185,600			\$1,160,000	\$145,000			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$330,600
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)																									\$1,160,000	\$185,600			\$1,160,000	\$145,000			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$330,600
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																									\$1,160,000	\$185,600			\$1,160,000	\$145,000			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$330,600
1	CC	51804205	PEREZ GLORIA									X									25-14	30	\$1,160,000	\$185,600	EPS001	30	\$1,160,000	\$145,000	0		\$0	\$0	0		\$0	0.000%	\$0	0		\$0	\$0	No	\$330,600														
Total Afiliados(1)																									\$1,160,000	\$185,600			\$1,160,000	\$145,000			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$330,600

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 51804205		GLORIA ESTELA PEREZ JAIMES	INDEPENDIENTE	Principal	Calle 47 a bis sur # 78c - 20	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3462076	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-01	2023-01	1905821006	9446497173	I	2023/02/02	2023/02/07	BANCOLOMBIA	5	\$332,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$185,600	\$1,100	\$0	\$186,700
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$185,600	\$1,100	\$0	\$186,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$145,000	\$900	\$0	\$145,900
ALIANSA SALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	\$145,000	\$900	\$0	\$145,900
TOTAL				1	\$330,600	\$2,000	\$0	\$332,600

2. Concepto **02** Actualización

4. Número de formulario

14900421126



(415)7707212489984(8020) 0000014900421126

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

5 1 8 0 4 2 0 5 1

6. DV

12. Dirección seccional
Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de identificación

5 1 8 0 4 2 0 5

27. Fecha expedición

1 9 8 4 0 7 0 3

Lugar de expedición
COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento
Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio
Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido
PEREZ

32. Segundo apellido
JAIMES

33. Primer nombre
GLORIA

34. Otros nombres
ESTELA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento
Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio
Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CL 47 A BIS SUR 78 C 20 BRR BERLIN KENEDDY

42. Correo electrónico

thaelmag@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 0 7 6 2 3 6 3 6

45. Teléfono 2

6 0 1 5 7 3 8 9 6 9

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

47. Fecha inicio actividad

8 5 1 2 | 2 0 2 3 0 2 0 1

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

1

2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código

4 9

49 - No responsable de IVA

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

X

60. No. de folios:

0

61. Fecha

2023 - 03 - 03 / 11 : 37: 13

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre: PEREZ JAIMES GLORIA ESTELA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

**PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO PARTICULAR
PARTICULAR**

CIUDAD DE EXPEDICIÓN: YOPAL			SUCURSAL: AGENCIA MANDATARIA YOPAL			COD. SUCURSAL: 57		NO. PÓLIZA: 57-47-101001027		AÑO: 0	
FECHA EXPEDICIÓN:			VIGENCIA DESDE:			VIGENCIA HASTA:			A LAS:		
DÍA:	MES:	AÑO:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	
22	02	2023	01	02	2023	00:00	31	12	2023	23:59	

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO		IDENTIFICACIÓN: C.C. 51.804.205	
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: PEREZ JAIMES GLORIA ESTELA		CIUDAD: BOGOTÁ, D.C. - DISTRITO CAPITAL	
DIRECCIÓN: CL 47 A BIS NRO. 78 C - 20 BAR		TELÉFONO: 3107623636	

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO		IDENTIFICACIÓN: NIT. 830.107.985-1	
ASEGURADO/ BENEFICIARIO: ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA		CIUDAD: BOGOTÁ, D.C. - DISTRITO CAPITAL	
DIRECCIÓN: CALLE 95 N 68F -24		TELÉFONO: 4742288	

ADICIONAL:

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN E-CU-002A REDIS FEBRERO 2013, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. APC2023-DIMKENNEDY-CON034 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: EL CONTRATISTA EN SU CALIDAD DE TRABAJADOR INDEPENDIENTE SE OBLIGA CON EL CONTRATANTE A PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO COORDINADOR EN EL MARCO DEL CONTRATO DE APOORTE SUSCRITO CON EL ICBF PARA LA INSTITUCIÓN DEL CDI DIMF

AMPAROS		VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS		01/02/2023	22/12/2023	\$ 4,134,240.00
AMPAROS:		01/02/2023	31/12/2023	\$ 4,134,240.00
CUMPLIMIENTO				
CALIDAD DEL SERVICIO				

ACLARACIONES:

VALOR PRIMA NETA:	GASTOS EXPEDICIÓN:	IVA:	TOTAL A PAGAR:	VALOR ASEGURADO TOTAL:	PLAN DE PAGO:
\$ 30,000.00	\$ 8,000.00	\$ 7,220.00	\$ 45,220.00	\$ 6,268,480.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURADO		
NOMBRE:	CLAVE:	% DE PART	NOMBRE COMPAÑIA:	% PART	VALOR ASEGURADO:
ASESORIAS Y SOLUCIONES M&M TDA	205098	100,00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE ÚNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTÍA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO

PARA EFECTO DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 13A NO 95-66 - TELÉFONO: - YOPAL

[Firma]



57-47-101001027

FIRMA TOMADOR

FIRMA AUTORIZADA: Gabriela Zarate - Secretaria General

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

Oficina Principal: Calle 83 No 19-10 Bogotá D.C. Teléfono: 601-2186077, 601-6019330

901381463

NO EFECTUAR RETENCIÓN AL PAGAR POR NINGÚN CONCEPTO DE APOORTE

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

VIGILADO

**CLAUSULADO GENERAL DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO
EN FAVOR DE PARTICULARES No.57-47-101001027**

1. AMPAROS

SEGUROS DEL ESTADO S.A. EN ADELANTE DENOMINADA SEGUROESTADO, OTORGA AL ASEGURADO LOS AMPAROS MENCIONADOS EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA, CON SUJECCIÓN EN SU ALCANCE Y CONTENIDO Y SIN EXCEDER EL VALOR ASEGURADO, A LAS DEFINICIONES QUE A CONTINUACIÓN SE ESTIPULAN.

1.1. AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA

ESTE AMPARO CUBRE AL ASEGURADO POR LOS PERJUICIOS DIRECTOS CAUSADOS POR EL TOMADOR/GARANTIZADO, COMO CONSECUENCIA DEL INCUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN DE SUSCRIBIR EL CONTRATO OBJETO DE LA LICITACIÓN, CONCURSO, CONVOCATORIA O INVITACIÓN, EN LOS TÉRMINOS DE LA PROPUESTA Y CONDICIONES QUE DIERON FUNDAMENTO A LA ADJUDICACIÓN.
ESTE AMPARO NO SE EXTIENDE A CUBRIR NINGÚN TIPO DE SANCIÓN.

1.2. AMPARO DE ANTICIPO

ESTE AMPARO CUBRE AL ASEGURADO, POR LOS PERJUICIOS ECONÓMICOS SUFRIDOS CON OCASIÓN DE LA FALTA DE AMORTIZACIÓN, EL MAL USO O LA APROPIACIÓN INDEBIDA QUE EL TOMADOR/GARANTIZADO HAGA DE LOS DINEROS O BIENES QUE SE LE HAYAN ENTREGADO EN CALIDAD DE ANTICIPO, PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO.

EL PRESENTE AMPARO NO CUBRE ANTICIPOS QUE HAYAN SIDO ENTREGADOS EN EFECTIVO O POR MEDIOS DIFERENTES AL CHEQUE O A TRANSFERENCIAS BANCARIAS ELECTRÓNICAS DE DINERO.

ESTE AMPARO NO SE EXTIENDE A CUBRIR EL USO DE LOS DINEROS ENTREGADOS COMO PAGO ANTICIPADO AL TOMADOR/GARANTIZADO.

PARÁGRAFO: ESTE AMPARO SOLO CUBRE ANTICIPOS CUYA ENTREGA SE HAYA EFECTUADO DENTRO DE LA VIGENCIA ESTABLECIDA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

1.3. AMPARO DE PAGO ANTICIPADO

ESTE AMPARO CUBRE AL ASEGURADO POR LOS PERJUICIOS DERIVADOS POR EL NO REINTEGRO A ÉSTE, POR PARTE DEL TOMADOR/GARANTIZADO, DEL DINERO ENTREGADO A TÍTULO DE PAGO ANTICIPADO, NO EJECUTADO EN EL DESARROLLO DEL OBJETO CONTRACTUAL.

EL PRESENTE AMPARO NO CUBRE PAGOS ANTICIPADOS QUE HAYAN SIDO ENTREGADOS EN EFECTIVO O POR MEDIOS DIFERENTES AL CHEQUE O A TRANSFERENCIAS BANCARIAS ELECTRÓNICAS DE DINERO.

PARÁGRAFO: ESTE AMPARO SOLO CUBRE ANTICIPOS CUYA ENTREGA SE HAYA EFECTUADO DENTRO DE LA VIGENCIA ESTABLECIDA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

1.4. AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO

ESTE AMPARO CUBRE AL ASEGURADO POR LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES DIRECTOS MATERIALIZADOS AL MOMENTO DE LA RECLAMACIÓN, DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO IMPUTABLE AL TOMADOR DE LAS OBLIGACIONES EMANADAS DEL CONTRATO GARANTIZADO.

SE ENTIENDE COMO PERJUICIO DIRECTO, ÚNICAMENTE AQUEL SOBRECOSTO GENERADO FRENTE AL VALOR TOTAL DEL CONTRATO GARANTIZADO EN QUE INCURRA EL ASEGURADO, CON OCASIÓN DEL INCUMPLIMIENTO TOTAL O PARCIAL DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL TOMADOR DE LA PÓLIZA.

1.5. AMPARO DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES DE NATURALEZA LABORAL

ESTE AMPARO CUBRE AL ASEGURADO POR EL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DE CARÁCTER LABORAL A CARGO DEL TOMADOR/GARANTIZADO CON SUS TRABAJADORES, RELACIONADAS CON EL PERSONAL VINCULADO MEDIANTE CONTRATO DE TRABAJO PARA PARTICIPAR EN LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO Y SOBRE LAS CUALES SEA SOLIDARIAMENTE RESPONSABLE EL ASEGURADO.
ESTE AMPARO NO SE EXTIENDE A CUBRIR LA INDEMNIZACIÓN MORATORIA, LA SANCIÓN POR NO PAGO DE CESANTÍAS REGULADA EN LA LEY 50 DE 1990,

COMO TAMPOCO EL PAGO A PERSONAL DE LOS SUBCONTRATISTAS O A AQUELLAS PERSONAS VINCULADAS AL TOMADOR/GARANTIZADO BAJO MODALIDADES DIFERENTES AL CONTRATO DE TRABAJO, NI CUBRE EL PAGO DE OBLIGACIONES ANTE LAS ENTIDADES DE LA SEGURIDAD SOCIAL NI OBLIGACIONES PARAFISCALES.

1.6. AMPARO DE ESTABILIDAD DE LA OBRA

ESTE AMPARO CUBRE AL ASEGURADO A PARTIR DE LA ENTREGA A SATISFACCIÓN DE LA OBRA CONTRATADA, EN CONDICIONES NORMALES DE USO Y MANTENIMIENTO, POR LOS PERJUICIOS DERIVADOS DE LOS DAÑOS DE LA MISMA IMPUTABLES AL TOMADOR/GARANTIZADO.

1.7. DECRETO 734 DE 2012 EL ANTERIOR AMPARO OPERA UNA VEZ SEA RECIBIDO A POR EL ASEGURADO

ESTE AMPARO CUBRE AL ASEGURADO POR LOS PERJUICIOS IMPUTABLES AL TOMADOR/GARANTIZADO DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DEL PRODUCTO ENTREGADO O LAS EXIGIDAS EN EL CONTRATO. ESTE AMPARO OPERA EN EXCESO DE LA GARANTÍA OTORGADA POR LOS FABRICANTES EN CASO DE TENERLA.

1.8. AMPARO DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS PRESTADOS

ESTE AMPARO CUBRE AL ASEGURADO POR LOS PERJUICIOS IMPUTABLES AL TOMADOR/GARANTIZADO, DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS ESPECIFICACIONES FIJADAS EN EL CONTRATO O EN LAS NORMAS TÉCNICAS BÁSICAS RELACIONADAS CON EL SERVICIO CONTRATADO. ESTE AMPARO SOLAMENTE OPERARÁ CON POSTERIORIDAD A LA FINALIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO OBJETO DEL CONTRATO.

1.9. AMPARO DE PROVISIÓN DE REPUESTOS Y ACCESORIOS

ESTE AMPARO DE PROVISIÓN DE REPUESTOS Y ACCESORIOS CUBRE AL ASEGURADO POR LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO IMPUTABLE AL TOMADOR/GARANTIZADO DE LAS OBLIGACIONES DE SUMINISTRO DE REPUESTOS Y ACCESORIOS PREVISTO EN EL CONTRATO.

2. EXCLUSIONES

LOS AMPAROS PREVISTOS EN LA PRESENTE PÓLIZA NO SE EXTIENDEN A CUBRIR LOS PERJUICIOS DERIVADOS DE:

2.1 FUERZA MAYOR O CASO FORTUITO, EL HECHO DE UN TERCERO Y LA CULPA EXCLUSIVA DE LA VÍCTIMA.

2.2 DAÑOS CAUSADOS POR EL TOMADOR/GARANTIZADO A LOS BIENES O AL PERSONAL DE EL ASEGURADO O A PERSONAS DISTINTAS DE ÉSTE, OCURRIDOS DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO, NI LOS DERIVADOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL DEL TOMADOR/GARANTIZADO.

2.3 EL INCUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN DEL TOMADOR/GARANTIZADO DE CONTRATAR OTROS SEGUROS.

2.4 EL USO INDEBIDO O INADECUADO O LA FALTA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO A QUE ESTÉ OBLIGADO EL ASEGURADO SOBRE LOS BIENES U OBRAS RELACIONADAS CON EL CONTRATO.

2.5 EL DEMÉRITO O DETERIORO NORMAL QUE SUFRAN LOS OBJETOS O BIENES COMO CONSECUENCIA DEL TRÁNSCURSO DEL TIEMPO.

2.6 EL INCUMPLIMIENTO DEL TOMADOR/GARANTIZADO EN EL PAGO DE PRESTACIONES LABORALES DERIVADAS DE CONVENCIONES COLECTIVAS, PACTOS COLECTIVOS, CONTRATOS SINDICALES Y CUALQUIER OTRA OBLIGACIÓN DE TIPO EXTRALEGAL PACTADA ENTRE EL TRABAJADOR Y EL EMPLEADOR, A MENOS QUE ÉSTAS SEAN ACEPTADAS EXPRESAMENTE POR SEGUROESTADO, LO CUAL CONSTARÁ EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA O DE SUS ANEXOS.

2.7 SANCIONES PECUNIARIAS O ECONÓMICAS IMPUESTAS AL TOMADOR/GARANTIZADO, TALES COMO MULTAS O CLAUSULAS PENALES.

2.8 EL LUCRO CESANTE Y LOS PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES.

2.9 EL INCUMPLIMIENTO DE LA CLÁUSULA DE INDEMNIDAD DEL CONTRATO GARANTIZADO.

LÍMITE DE VALOR ASEGURADO

DE CONFORMIDAD CON EL ARTICULO 1079 DEL CODIGO DE COMERCIO, SEGURESTADO NO ESTARA OBLIGADO A RESPONDER SI NO HASTA CONCURRENCIA DE LA SUMA ASEGURADA EN CASO DE SINIESTRO, DETERMINADA EN LA CARATULA DE ESTA POLIZA PARA CADA AMPARO.

3. VIGENCIA

LA VIGENCIA DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR LA PRESENTE PÓLIZA SE HARÁ CONSTAR EN LA CARÁTULA DE LA MISMA O MEDIANTE ANEXOS.

LA VIGENCIA PODRÁ SER PRORROGADA A SOLICITUD DEL TOMADOR/GARANTIZADO.

4. IRREVOCABILIDAD

LA PRESENTE PÓLIZA NO PODRÁ SER REVOCADA POR LAS PARTES INTEGRANTES DEL CONTRATO DE SEGURO.

5. LÍMITE DE RESPONSABILIDAD DE SEGURESTADO

EL LÍMITE DE RESPONSABILIDAD DE SEGURESTADO EN VIRTUD DE LOS AMPAROS OTORGADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA, SERÁ EL FIJADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA PARA CADA UNO DE ELLOS. EL VALOR ASEGURADO DE LA PRESENTE PÓLIZA NO SE RESTABLECERÁ AUTOMÁTICAMENTE EN NINGÚN CASO.

6. PAGO DEL SINIESTRO

LA INDEMNIZACIÓN PODRÁ SER PAGADA EN DINERO, O MEDIANTE LA REPOSICIÓN, REPARACIÓN O CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES GARANTIZADAS, A OPCIÓN DE SEGURESTADO.

MODIFICACIONES O ANEXOS

7. REDUCCIÓN DE LA INDEMNIZACIÓN

LA INDEMNIZACIÓN A QUE TIENE DERECHO EL ASEGURADO, EN VIRTUD DE LA EFECTIVIDAD DEL PRESENTE SEGURO, SE REDUCIRÁ EN EL MISMO MONTO EN QUE OPERE UNA COMPENSACIÓN DE DEUDAS ENTRE EL TOMADOR/GARANTIZADO Y EL ASEGURADO EN LOS TÉRMINOS DE LEY.

TAMBIÉN SE REDUCIRÁ LA INDEMNIZACIÓN SOLICITADA, SI EL ASEGURADO OBTIENE POR CUALQUIER MEDIO, UN RESARCIMIENTO TOTAL O PARCIAL DE LOS PERJUICIOS RECLAMADOS.

8. SUBROGACIÓN

EN VIRTUD DEL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN, SEGURESTADO SE SUBROGARÁ HASTA CONCURRENCIA DE SU IMPORTE, EN TODOS LOS DERECHOS QUE EL ASEGURADO TENGA CONTRA EL TOMADOR/GARANTIZADO COMO RESPONSABLE DEL SINIESTRO.

EN TAL SENTIDO, EL ASEGURADO SE OBLIGA A REALIZAR TODO LO QUE ESTÉ A SU ALCANCE PARA PERMITIRLE A SEGURESTADO EL EJERCICIO DE LOS DERECHOS DERIVADOS DE LA SUBROGACIÓN. LO ANTERIOR INCLUYE LA INTERVENCIÓN OPORTUNA EN PROCESOS JUDICIALES O CONCURSALES QUE SE PUEDAN ADELANTEAR RESPECTO DEL TOMADOR/GARANTIZADO.

EL INCUMPLIMIENTO DE ESTA OBLIGACIÓN, DARÁ LUGAR A LA REDUCCIÓN DE LA INDEMNIZACIÓN, POR EL VALOR DE LOS PERJUICIOS QUE CON ELLO SE LE CAUSEN A SEGURESTADO.

9. COASEGURO

EN CASO DE EXISTIR COASEGURO, LAS OBLIGACIONES DE LAS COMPAÑÍAS ASEGURADORAS QUE PARTICIPAN EN ÉL, NO SON SOLIDARIAS Y LA INDEMNIZACIÓN A QUE HAYA LUGAR SE DISTRIBUIRÁ ENTRE LOS ASEGURADORES EN PROPORCIÓN A SU PARTICIPACIÓN, LA CUAL SE ESTABLECERÁ EN LA PÓLIZA DE LA ASEGURADORA LÍDER.

Año: 2023

NOTA: Se debe anexas planilla de pago de los Aportes a Salud, Pensión y ARL, del mes vencido y productos del mes según certificación de cumplimiento.

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO POR CARGO
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
CTO # 1100/532/2023



PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	LILIANA PATRICIA PEÑA SALCEDO
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	FEBRERO

CARGO		AGENTE EDUCATIVO	
PERIODO y FECHA		FEBRERO	

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
Fase de atención	1	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias según la fase diagnóstica, con los 3 GA (4 por cada UA)	1.1 RAM (3) (físico y digital) 1.2 Planeación cargada al drive correspondiente del GT (4) 1.3 Registro en el formato de planeación del registro visual 1.4 Entrega de refrigerios (6 x GT)	40%	01/03/2023	✓		1.1 OK 1.2 OK 1.3 OK 1.4 OK
		2. Organizar, archivar y digitalizar la documentación requerida para la formalización del cupo del GA (50)	2.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 2.2 Acomodación de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 2.3 Digitalización de cada uno de los documentos de los participantes del GA _Opcional 2.4 Cargue de los documentos al drive correspondiente al GT_Opcinal al avance del ítem anterior 2.5 Archivo Físico de los documentos en las carpetas respectivas (50 carpetas)	15%	01/03/2023	✓		2.1 OK 2.2 OK 2.3 OK 2.4 OK 2.5 OK
		3. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 40 minutos de formación (DIMF)	3.1 Desarrollo los 15 encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atención correspondiente. * Formato Verificación condiciones de habitabilidad (Criterios de focalización)	25%	01/03/2023	✓		3.1 OK
		4. Apoyar el proceso de digitalización de la información física que se requiera según las indicaciones y el protocolo de archivo, y elaboración de directorio por GA (50)	4.1 Directorio, de las 50 familias participantes	10%	01/03/2023	✓		4.1 OK
		5. Entrega de Raciones	5.1 Formato RPP 5.1 Fotografías uno a uno de la entrega de RPP - en power Point	10%	01/03/2023	✓		5.1 OK 5.1 OK
TOTAL				100%				

FIRMA CONTRATISTA	Liliana Patricia Peña
NOMBRE:	LILIANA PATRICIA PEÑA SALCEDO
C.C.	52974510

FIRMA COORDINADORA	Emilce Rojas
NOMBRE:	EMILCE ROJAS AGUILAR
C.C.	52278676

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que LILIANA PEÑA, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 52.974.510 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 212085823, abierta/o desde el 13/2/2014.

Se expide en Bogotá el día 30 del mes de Enero del año 2023



Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO
52974510

PEÑA SALCEDO
APELLIDOS

LILIANA PATRICIA
NOMBRES

FIRMA



INDICE DE DEDO

FECHA DE NACIMIENTO **07-JUN-1983**
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

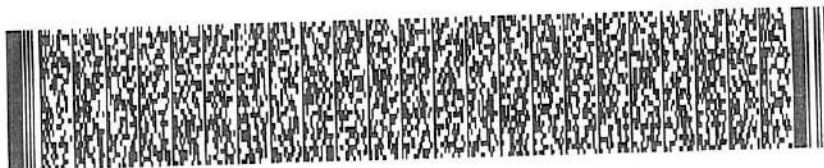
1.69
ESTATURA

B+
G.S. RH

F
SEXO

19-JUL-2001 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Ivan Duque Escobar
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR



P-1500108-45098162-F-0052974510-20011227

0132601360C 01 112743772

Nº de Radicación

Fecha de Radicación

0602/2017



170225545

Leer las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario

1. Tipo de Trámite		2. Tipo de Afiliación		3. Régimen	
A. Afiliación	B. Reapertura de Negocios	A. Individual	B. Colectiva	A. Contributivo	B. Subsidio
4. Tipo de Afiliado		5. Tipo de Cotizante		Código	
A. Cotizante	B. Cabeza de Familia	A. Dependiente	B. Independiente	C. Pensionado	La registrar por la EPS

A. AFILIACIÓN

6. Apellidos y nombres		7. Tipo de documento de identidad		8. Número del documento de identidad		9. Sexo		10. Fecha de nacimiento	
PRIMER APELLIDO: PEÑA		SEGUNDO APELLIDO: SALCEDO		PRIMER NOMBRE: LILIANA		SEGUNDO NOMBRE: PATRICIA			

11. Etnia		12. Discapacidad		13. Puntaje SISBEN		14. Grupo de población especial	
Tipo F N M		Condición T P					

15. Administradora de Riesgos Laborales - APL		16. Administradora de Pensiones		17. Ingreso base de cotización - IBC	
		FORUMER		- 1.160.000	

18. Residencia		Dirección		Teléfono Fijo	
CARRERA 88 # 6A 90					
Teléfono Celular		Correo Electrónico			
3202428895		lilixtremio@hotmail.com			
Municipio / Distrito		Zona		Departamento	
BOGOTÁ		Urbana / Rural		C. D. NARIÑO	

Datos Básicos de Identificación del Conyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres		Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
-------------------------	--	-----------------	--	------------------	--	---------------	--	----------------	--

20. Tipo de documento de identidad		21. Número del documento de identidad		22. Sexo		23. Fecha de nacimiento	
CN CI CE CC		RC OC PA SC		Femenino Masculino			

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres		Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
-------------------------	--	-----------------	--	------------------	--	---------------	--	----------------	--

B1									
B2									
B3									
B4									
B5									

Datos Complementarios

25. Tipo de documento de identidad		26. Número del documento de identidad		27. Sexo		28. Fecha de nacimiento		29. Paritas	
B1				Femenino Masculino					
B2				Femenino Masculino					
B3				Femenino Masculino					
B4				Femenino Masculino					
B5				Femenino Masculino					

30. Etnia		31. Discapacidad		32. Datos de Residencia		33. Valor de la UPC del Aporte	
Tipo F N M T P		Condición		Municipio / Distrito		Zona	
B1				Urbana / Rural			
B2				Urbana / Rural			
B3				Urbana / Rural			
B4				Urbana / Rural			
B5				Urbana / Rural			

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	
---	--

C	
B	

Código de la IPS a registrar por la EPS

NI TI CE
CC FA CD

39. Ubicación
Circunscripción

Teléfono Fijo

Código Electoral

Municipio Distrito

Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación
- ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación
- ☐ 3. Actualización del documento de identidad
- ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios
- ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS
- Código:
- ☐ 6. Reinscripción en la EPS
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando

- ☐ 11. Vinculación a una entidad adherida para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 12. Desvinculación de una entidad adherida para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 13. Movilidad
- ☐ A. Régimen Contributivo
- ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ 14. Traslado
- ☐ A. Mismo Régimen
- ☐ B. Diferente Régimen
- ☐ 15. Reporte de fallecimiento
- ☐ 16. Reporte de cambio de profesión al presente
- ☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado
- ☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado

41. Datos básicos de identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad	Sexo
CC	TI	CE	CO
RC	CC	PA	SC
Fecha de nacimiento		42. Fecha	

43. EPS anterior

44. Motivo de traslado

Código

45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones

- ☐ 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
- ☐ 47. Declaración de la no obligación de afiliarse a Régimen Contributivo Especial o de Excepción
- ☐ 48. Declaración de exención de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
- ☐ 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
- ☐ 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la información por el cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
- ☐ 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieren
- ☐ 52. Autorización para que la EPS mantenga los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
- ☐ 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o a celular como miembros de grupo

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio

- ☐ 56. Anexo copia del documento de identidad
- ☐ 57. Copia del documento de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- ☐ 58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura Pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
- ☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital
- ☐ 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia
- ☐ 62. Documento en el que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres
- ☐ 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ 64. Certificado de vinculación a una entidad adherida para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o de orden de afiliación al oficio

66. Identificación de la Entidad Territorial

67. Datos del SISBEN

Número de Ficha

68. Fecha de Radicación

69. Fecha de Validación

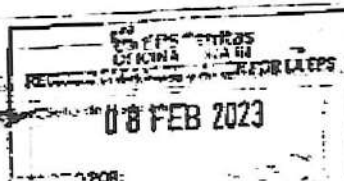
70. Datos del Funcionario que realiza la validación

Nombre Apellido

Legislación

71. Firma del Funcionario

Observaciones



2. Concepto **0 2** Actualización

4. Número de formulario

14892356115



(415)7707212489984(8020) 0000014892356115

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

5 2 9 7 4 5 1 0

6. DV

3

12. Dirección seccional
Impuestos de Bogotá

3 2

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

26. Número de identificación

5 2 9 7 4 5 1 0

27. Fecha expedición

2 0 0 1 0 7 1 9

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

PEÑA

32. Segundo apellido

SALCEDO

33. Primer nombre

LILIANA

34. Otros nombres

PATRICIA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sexo

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CL 88 6 A 90 SUR TO 23 AP 604

42. Correo electrónico

lilixtrem10@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 2 0 2 4 2 8 8 9 5

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

8 5 1 2

47. Fecha inicio actividad

2 0 0 9 0 2 0 2

Actividad secundaria

48. Código

4 7 7 3

49. Fecha inicio actividad

2 0 1 9 0 3 1 4

Otras actividades

50. Código

1

2

Ocupación

51. Código

52. Número
establecimiento

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código

2 0

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									
	11	12	13	14	15	16	17	18	19

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación.

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

X

60. No. de folios:

0

61. Fecha

2023 - 01 - 31 / 10 : 06 : 56

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.

Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice

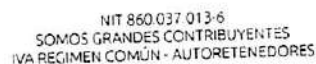
Firma autorizada:

984. Nombre

PEÑA SALCEDO LILIANA PATRICIA

985. Cargo

CONTRIBUYENTE



Digitally signed by COMPANIA
MUNDIAL DE SEGUROS S A
Date: 2023.02.22 21:02:28 -05:00

Código de Seguridad: sXNQpdvDkfrJ8rQfILRgwQ==

COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.
DIRECCIÓN GENERAL CALLE 33 N. 6B - 24 PISOS 1,2 Y 3 - BOGOTÁ
TELÉFONO: 2855600 FAX 2851220 - WWW.SEGUROSNUMUNDIAL.COM.CO

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO
EN FAVOR DE ENTIDADES PARTICULARES

VERSIÓN CLAUSULADO 06-04-2021-1317-P-05-PPSUS2R000000065-D001

No. PÓLIZA		COQ-100000032		No. ANEXO		0		No. CERTIFICADO		532000038		No. RIESGO					
TIPO DE DOCUMENTO								FECHA DE EXPEDICIÓN		22/02/2023		SUC. EXPEDIDORA		CEN ORINOQUIA			
VIGENCIA DESDE				VIGENCIA HASTA				DÍAS		VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE				VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA			
00:00 Horas Del				02/02/2023				24:00 Horas Del				31/12/2023				N/A	
										N/A				N/A			
TOMADOR		PEÑA SALCEDO, LILIANA PATRICIA										No. DOC. IDENTIDAD		52.974.510			
DIRECCIÓN		CARRERA 88 # 6A 90										TELÉFONO		3202428895			
ASEGURADO		ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA										No. DOC. IDENTIDAD		830.107.985-1			
DIRECCIÓN		CLL 95 # 68 F 24										TELÉFONO		3102502165			
BENEFICIARIO		ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA										No. DOC. IDENTIDAD		830.107.985-1			
DIRECCIÓN		CLL 95 # 68 F 24										TELÉFONO		3102502165			

OBJETO DE CONTRATO	
GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO No.DIM KENNEDY CON008 - CUYO OBJETO ES	

EL CONTRATISTA EN SU CALIDAD DE TRABAJADOR INDEPENDIENTE SE OBLIGA CON EL CONTRATANTE A PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO AGENTES EDUCATIVOS EN EL MARCO DEL CONTRATO DE APOORTE SUSCRITO CON EL ICBF PARA LA INSTITUCIÓN DEL CDI DIMF

[illegible]

INTERMEDIARIOS	TIPO	% PARTICIPACIÓN
ASESORIAS Y SOLUCIONES M&M LTDA	AGENCIAS	100,00

DISTRIBUCIÓN COASEGURO				
COMPañIA	TIPO COASEGURO	PÓLIZA LÍDER	CERTIF. LÍDER	% PARTICIPACIÓN

PRIMA BRUTA	\$	20.000,00
DESCUENTOS	\$	
EXTRA PRIMA		
PRIMA NETA	\$	20.000,00
GASTOS EXP.	\$	5.000,00
IVA	\$	4.750,00
TOTAL A PAGAR	\$	29.750,00

CONVENIO DE PAGO	DIRECTO EFECTIVO, Fecha de Pago: 22/02/2023
------------------	---

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

ES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO DILIGENCIAR EL FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE, SUMINISTRAR INFORMACIÓN VERAZ Y VERIFICABLE Y REALIZAR ACTUALIZACIÓN DE DATOS POR LO MENOS ANUALMENTE (CIRCULAR EXTERNA 026 DE 2008 SUPERFINANCIERA).

CONSULTA LA AUTENTICIDAD DE ESTA PÓLIZA INGRESANDO A PRODUCTOS.MUNDIALSEGUROS.COM.CO DIGITA EL CÓDIGO DE SEGURIDAD QUE ENCUENTRAS EN LA PARTE SUPERIOR DE ESTE DOCUMENTO Y VIVE LA EXPERIENCIA DE ESTAR ASEGURADO CON EL RESPALDO DE SEGUROS MUNDIAL. TAMBIÉN PUEDES LLAMAR A LA LÍNEA NACIONAL 01 8000 111 935 - 327 47 12/13

EL TOMADOR Y/O ASEGURADO SEGÚN CORRESPONDA, SE COMPROMETE A PAGAR LA PRIMA DENTRO DE LOS 30 DÍAS CONTADOS A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA. DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1068 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, MODIFICADO POR EL ARTÍCULO 82 DE LA LEY 45 DE 1990, LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PRESENTE PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA.

EN MI CALIDAD COMO TOMADOR DE LA PÓLIZA INDICADA EN ESTA CARATULA, MANIFIESTO EXPRESAMENTE QUE HE TENIDO A MI DISPOSICIÓN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA MANIFIESTO ADEMÁS, QUE DURANTE EL PROCESO DE NEGOCIACIÓN, ANTICIPADAMENTE ME HAN SIDO EXPLICADAS POR LA COMPAÑÍA Y/O POR EL INTERMEDIARIOS DE SEGUROS AQUÍ INDICADO, SOBRE LAS EXCLUSIONES Y ALCANCES Y CONTENIDOS DE LA COBERTURA, ASÍ COMO LAS GARANTÍAS, EN VIRTUD DE TAL ENTENDIMIENTO, LAS ACEPTO Y DECIDO TOMARLA PÓLIZA DE SEGUROS CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO.

Firma Autorizada - Compañía Mundial Seguro S.A.

TOMADOR

Lineas de Atención al Cliente:

• Nacional: 01 8000 111 935
• Bogotá: 327 4712 - 327 4713

Cumplimos los sueños de nuestro planeta reciclando responsablemente.
El agua es nuestro ambiente evitando la impresión de este documento.

405-215



tu compañía siempre

NIT 860.037.013-6
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
IVA RÉGIMEN COMÚN - AUTORETENEDORES

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

Afiliados



CÁMARA COLOMBIANA
DE LA INFRAESTRUCTURA

PASA-APF
Asociación Panamericana de Fianzas
Panamerican Surety Association

LA COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A

CERTIFICA:

Que la garantía de Cumplimiento contenida en la póliza COQ-100000032 y endoso, 0 cuyo afianzado es: PEÑA SALCEDO, LILIANA PATRICIA Asegurado o Beneficiario: ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA / ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA, expedida por la Compañía en 22/02/2023, no expirará por falta de pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella o por revocación unilateral por parte del Tomador o de la Compañía.

CEN ORINOQUIA a los 22 días del mes FEBRERO del año 2023.

Firma Autorizada - Compañía Mundial de Seguros S.A.



Ciudad: Bogotá

Mes: Febrero

Día: 28

Año: 2023

CUENTA DE COBRO No. 01

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A: MARTHA ELIZABETH PÁEZ ALARCÓN

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2023-DIMF KENNEDY-CON009

NOMBRE: MARTHA ELIZABETH PÁEZ ALARCÓN

CEDULA: 1.032.359.119

CUENTA BANCARIA: 274265222 **BANCO:** BOGOTA **AHORRO** X **CORRIENTE**

LA SUMA DE: (\$2.296.800) Dos millones doscientos noventa y seis mil ochocientos pesos M /Cte.

PERIODO: 1 al 28 Febrero

CONCEPTO: Agente Educativa – DIMF Kennedy CTO # 11005322023, Cupos 50

El Contratista ha desarrollado las obligaciones objeto del CONTRATO con total independencia y autonomía, frente a la Asociación Profesionales de Colombia, razón por la cual no constituye vínculo laboral alguno, ni da lugar a ninguna clase de Prestaciones Sociales de conformidad con lo establecido por la Normatividad Vigente.

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI X NO a partir de la fecha Día Mes Año en constancia:

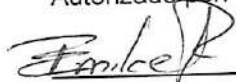
Firmo _____

Autorizo me sea descontada la suma de:

APORTES FONDO	290.000
PRESTAMOS	0
OTROS DESCUENTOS (intereses):	0
TOTAL, DESCUENTOS	290.000

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: (\$2.006.800) Dos millones seis mil ochocientos pesos M/Cte. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:



Emilce Rojas Aguilar
Coordinador UDS Periodistas
C.C. 52.278.676

Aprobado por:



Ana Rocio Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,



NOMBRE: Martha Elizabeth Páez Alarcón
C.C. 1.032.359.119
Correo: eliza0313@hotmail.com
Dirección: Carrera 79 F N° 14-47
Teléfono: 322-3337617

NOTA: Se debe anexar planilla de pago de los Aportes a Salud, Pensión y ARL, del mes vencido y productos del mes según certificación de cumplimiento.

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO POR CARGO
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
CTO # 1100/532/2023

Emilce Rojas Aguilar

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	MARTHA ELIZABETH PAEZ ALARCON
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	FEBRERO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
Fase de atención	1	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias según la fase diagnostica, con los 3 GA (4 por cada UA)	1.1 RAM (3) (físico y digital) 1.2 Planeación cargada al drive correspondiente del GT (4) 1.3 Registro en el formato de planeación del registro visual 1.4 Entrega de refrigerios (6 x GT)	40%	1-03-2023	✓		1.1 OK 1.2 OK 1.3 OK 1.4 OK
		2. Organizar, archivar y digitalizar la documentación requerida para la formalización del cupo del GA (50)	2.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 2.2 Acomodación de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 2.3 Digitalización de cada uno de los documentos de los participantes del GA _Opcional 2.4 Cargue de los documentos al drive correspondiente al GT_Opcional al avance del ítem anterior 2.5 Archivo Físico de los documentos en las carpetas respectivas (50 carpetas)	15%	1-03-2023	✓		2.1 OK 2.2 OK 2.3 OK 2.4 OK 2.5 OK
		3. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 40 minutos de formación (DIMF)	3.1 Desarrollo los 15 encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atención correspondiente. * Formato Verificación condiciones de habitabilidad (Criterios de focalización)	25%	1-03-2023	✓		3.1 OK
		4. Apoyar el proceso de digitalización de la información física que se requiera según las indicaciones y el protocolo de archivo, y elaboración de directorio por GA (50)	4.1 Directorio, de las 50 familias participantes	10%	1-03-2023	✓		4.1 OK
		5 Entrega de Raciones	5.1 Formato RPP 5.1 Fotografías uno a uno de la entrega de RPP - en power Point	10%	1-03-2023	✓		5.1 OK 6.1 OK
		TOTAL		100%				

FIRMA CONTRATISTA	<i>Marta Elizabeth Paez Alarcon</i>
NOMBRE:	MARTHA ELIZABETH PAEZ ALARCON
C.C.	1032359119

FIRMA COORDINADORA	<i>Emilce Rojas Aguilar</i>
NOMBRE:	EMILCE ROJAS AGUILAR
C.C.	52276576

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que MARTHA PAEZ, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 1.032.359.119 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 274265222, abierta/o desde el 30/1/2023, con saldo a la fecha de: \$ 0

Se expide en Bogotá el día 31 del mes de Enero del año 2023 con destino a: Asociación profesional de colombia



Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.032.359.119

PAEZ ALARCON

APELLIDOS

MARTHA ELIZABETH

NOMBRES

Martha Paez Alarcon

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 13-MAR-1986

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

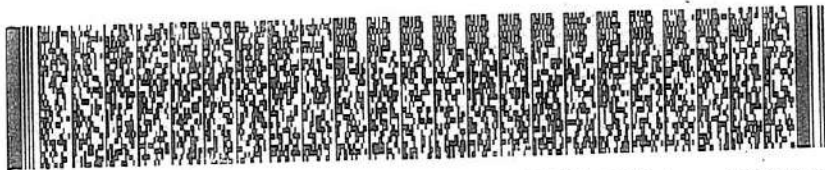
1.56
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

20-MAR-2004 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1500150-00238965-F-1032359119-20100507

0022129497A 1

1250800518



06 3176082

No. de Radicación SAT

Fecha de Radicación

15/09/2014

DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de trámite A. Afiliación B. Reporte de Novedades	2. Tipo de Afiliación A. Individual - Cabeza de Familia B. Beneficiario o afiliado adicional	3. Régimen A. Contributivo B. Subsidio	4. Tipo de afiliado A. Colaborante B. Cabeza de familia C. Beneficiario	5. Tipo de cotizante A. Dependiente B. Independiente C. Pensionado	Código (a registrar por la EPS)
--	--	--	--	---	---------------------------------

A. AFILIACION II. DATOS BASICOS DE IDENTIFICACION (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres Primer Apellido: <u>Alonso</u> Segundo Apellido: <u>Alonso</u> Primer Nombre: <u>Alonso</u> Segundo Nombre: <u>Alonso</u>	7. Tipo de documento de identidad Tipo: <u>CC</u> Número del documento de identidad: <u>1002309119</u>	8. Sexo Femenino ☐ Masculino ☒	9. Fecha de nacimiento D: <u>15</u> M: <u>09</u> A: <u>1974</u>	10. Fecha de radicación D: <u>15</u> M: <u>09</u> A: <u>2014</u>
11. Etnia: <u>Colombiana</u>				
12. Discapacidad: <u>0</u>				
13. Puntaje SISBEN: <u>1</u>				
14. Grupo de población especial: <u>0</u>				
15. Administradora de riesgos laborales - ARL: <u>ARL 100000000</u>				
16. Administradora de pensiones: <u>ARL 100000000</u>				
17. Ingreso base de cotización - IBC: <u>1.000.000</u>				
18. Residencia: <u>130000000</u>				
19. Correo electrónico: <u>alonso.alonso@famisanar.com</u>				
20. Zona: Urbana ☒ Rural ☐				
21. Tipo de vivienda: <u>Propia</u>				

IV. DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres Primer Apellido: <u>Alonso</u> Segundo Apellido: <u>Alonso</u> Primer Nombre: <u>Alonso</u> Segundo Nombre: <u>Alonso</u>	20. Tipo de documento de identidad Tipo: <u>CC</u> Número del documento de identidad: <u>1002309119</u>	21. Sexo Femenino ☐ Masculino ☒	22. Fecha de nacimiento D: <u>15</u> M: <u>09</u> A: <u>1974</u>	23. Fecha de radicación D: <u>15</u> M: <u>09</u> A: <u>2014</u>
---	---	---	---	---

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres Primer Apellido: <u>Alonso</u> Segundo Apellido: <u>Alonso</u> Primer Nombre: <u>Alonso</u> Segundo Nombre: <u>Alonso</u>	25. Tipo de documento de identidad Tipo: <u>CC</u> Número del documento de identidad: <u>1002309119</u>	26. Sexo Femenino ☐ Masculino ☒	27. Fecha de nacimiento D: <u>15</u> M: <u>09</u> A: <u>1974</u>	28. Fecha de radicación D: <u>15</u> M: <u>09</u> A: <u>2014</u>	29. Parentesco <u>Padre</u>	30. Etnia <u>Colombiana</u>
31. Discapacidad: <u>0</u>						
32. Datos de residencia: Municipio / Distrito: <u>Medellín</u> Zona: Urbana ☒ Rural ☐ Departamento: <u>Antioquia</u> Teléfono fijo y/o celular: <u>310 1234567</u>						
33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS): <u>1.000.000</u>						

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS: <u>IPS Famisanar</u>	Código de la IPS (a registrar por la EPS): <u>100000000</u>
---	---

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social: <u>Famisanar S.A.S.</u>	36. Tipo de documento de identificación: <u>CC</u>	37. Número del documento de identificación: <u>1002309119</u>	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS): <u>Dependiente</u>
39. Ubicación: <u>Medellín</u>	40. Correo electrónico: <u>alonso.alonso@famisanar.com</u>	41. Teléfono fijo y/o celular: <u>310 1234567</u>	42. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS): <u>Dependiente</u>

B. REPORTE DE NOVEDADES

43. Tipo de Novedad: <u>1. Modificación de datos básicos de identificación</u>	2. Corrección de datos básicos de identificación	3. Actualización del documento de identidad	4. Actualización y corrección de datos complementarios	5. Terminación de la inscripción en la EPS	6. Reinscripción en la EPS	7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales	8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales	9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar	10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando	11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas	12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas	13. Movilidad: A. Régimen Contributivo B. Régimen Subsidio	14. Traslado: A. Mismo Régimen B. Diferente Régimen	15. Reporte de fallecimiento	16. Reporte de retiro de protección al cesante	17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado	18. Reporte de la calidad de Pensionado
--	--	---	--	--	----------------------------	--	--	---	---	--	--	--	---	------------------------------	--	---	---

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación Primer Apellido: <u>Alonso</u> Segundo Apellido: <u>Alonso</u> Primer Nombre: <u>Alonso</u> Segundo Nombre: <u>Alonso</u>	42. Tipo de documento de identidad Tipo: <u>CC</u> Número del documento de identidad: <u>1002309119</u>	43. Sexo Femenino ☐ Masculino ☒	44. Fecha de nacimiento D: <u>15</u> M: <u>09</u> A: <u>1974</u>	45. Fecha de radicación D: <u>15</u> M: <u>09</u> A: <u>2014</u>	46. Fecha de novedad D: <u>15</u> M: <u>09</u> A: <u>2014</u>
47. Motivo de traslado: <u>Traslado</u>					
48. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones: <u>ARL 100000000</u>					

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

49. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.	50. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.	51. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.	52. Declaración de no intervención del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.	53. Declaración de no intervención del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en la EPS.	54. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.	55. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.	56. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1531 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.	57. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
--	--	--	---	---	--	---	---	---

VIII. FIRMAS

58. Firma del afiliado o beneficiario: <u>Alonso Alonso</u>	59. Firma del representante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio: <u>Famisanar S.A.S.</u>
---	--

IX. ANEXOS

60. Anexo copia del documento de identidad: <u>CN</u> <u>CC</u> <u>TI</u> <u>CC</u> <u>PA</u> <u>CE</u> <u>CO</u> <u>SG</u>	Cantidad: <u>1</u>	Total: <u>1</u>
61. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.		
62. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.		
63. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.		
64. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.		
65. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.		
66. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración susrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.		
67. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.		
68. Copia de la autorización de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.		
69. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.		

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

64. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio: <u>051001</u> Código del departamento: <u>05</u>	65. Datos del SISBEN Número de la ficha: <u>1</u> Puntaje: <u>1</u> Nivel: <u>1</u>	66. Fecha de radicación D: <u>15</u> M: <u>09</u> A: <u>2014</u>	67. Fecha de validación D: <u>15</u> M: <u>09</u> A: <u>2014</u>
70. Datos del funcionario que realiza la validación Primer Apellido: <u>Alonso</u> Segundo Apellido: <u>Alonso</u> Primer Nombre: <u>Alonso</u> Segundo Nombre: <u>Alonso</u>			
71. Tipo de documento de identidad: <u>CC</u> Número del documento de identidad: <u>1002309119</u>			
72. Firma del funcionario: <u>Alonso Alonso</u>			

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) MARTHA ELIZABETH PAEZ ALARCON identificado(a) con CC 1032359119 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de 21/03/2020
Estado de la Afiliación: ACTIVO
IPS: CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR
Categoría: A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en QUIEN, a los 01 días del mes marzo del 2023.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra
Director Operaciones Comerciales
EPS FAMISANAR S.A.S.

HOJA No.

Ciudad: Bogotá

Mes: Febrero

Día: 28

Año: 2023

CUENTA DE COBRO No. 02

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A: SHIRLEY PAOLA VANEGAS PRADA

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2023-DIMF KENNEDY-CON016

NOMBRE: SHIRLEY PAOLA VANEGAS PRADA

CEDULA: 52.769.729

CUENTA BANCARIA: 060374907 BANCO: BOGOTA AHORRO X CORRIENTE

LA SUMA DE: (\$2.296.800) DOS MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS PESOS M/Cte.

PERIODO: 1 al 28 Febrero

CONCEPTO: Agente Educativa – DIMF Kennedy CTO # 11005322023, Cupos 50

El Contratista ha desarrollado las obligaciones objeto del CONTRATO con total independencia y autonomía, frente a la Asociación Profesionales de Colombia, razón por la cual no constituye vínculo laboral alguno, ni da lugar a ninguna clase de Prestaciones Sociales de conformidad con lo establecido por la Normatividad Vigente.

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI NO X a partir de la fecha Día Mes Año en constancia:

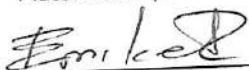
Firmo _____

Autorizo me sea descontada la suma de:

APORTES FONDO	0
PRESTAMOS	0
OTROS DESCUENTOS (intereses):	0
TOTAL, DESCUENTOS	0

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: (\$2.296.800) DOS MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS PESOS M/Cte. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:



Emilce Rojas Aguilar
Coordinador UDS Periodistas
C.C. 52.278.676

Aprobado por:



Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,



NOMBRE: Shirley Paola Vanegas Prada
C.C. 52.769.729
Correo: paolavp2008@gmail.com
Dirección: Calle 40 sur N° 72D-50
Teléfono: 311-8647601

NOTA: Se debe anexar planilla de pago de los Aportes a Salud, Pensión y ARL, del mes vencido y productos del mes según certificación de cumplimiento.

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO POR CARGO
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
CTO # 1100/532/2023



PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	SHIRLEY PAOLA VANEGAS PRADA
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	FEBRERO

CARGO		AGENTE EDUCATIVO						
PERIODO y FECHA		FEBRERO						
FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
Fase de atención	2	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias según la fase diagnostica, con los 3 GA (4 por cada UA)	1.1 RAM (3) (físico y digital) 1.2 Planeación cargada al drive correspondiente del GT (4) 1.3 Registro en el formato de planeacion del registro visual 1.4 Entrega de refrigerios (6 x GT)	40%	1-03-2023	—		11 OK 12 OK 13 OK 14 OK
		2. Organizar, archivar y digitalizar la documentación requerida para la formalización del cupo del GA (50)	2.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 2.2 Acomodación de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 2.3 Digitalización de cada uno de los documentos de los participantes del GA _Opcional 2.4 Cargue de los documentos al drive correspondiente al GT_ Opcional al avance del ítem anterior 2.5 Archivo Físico de los documentos en las carpetas respectivas (50 carpetas)	15%	1-03-2023	/		21 OK 22 OK 23 OK 24 OK 25 OK
		3. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 40 minutos de formación (DIMF)	3.1 Desarrollo los 15 encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atención correspondiente. * Formato Verificación condiciones de habitabilidad (Criterios de focalización)	25%	1-03-2023	/		31 OK
		4. Apoyar el proceso de digitalización de la información física que se requiera según las indicaciones y el protocolo de archivo, y elaboración de directorio por GA (50)	4.1 Directorio, de las 50 familias participantes	10%	1-03-2023	/		41 OK
		5. Entrega de Raciones	5.1 Formato RPP 5.1 Fotografías uno a uno de la entrega de RPP - en power Point	10%	1-03-2023	/		51 OK 61 OK
		TOTAL				100%		

FIRMA CONTRATISTA	<i>Shirley Paola Vanegas Prada</i>
NOMBRE:	SHIRLEY PAOLA VANEGAS PRADA
C.C.	52769729

FIRMA COORDINADORA	<i>Emilce Rojas Aguilar</i>
NOMBRE:	EMILCE ROJAS AGUILAR
C.C.	52278876



Nit 980.002.984.4
Calle 34 N° 7-47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que SHIRLEY VANEGAS, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 52.769.729 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 060374907, abierta/o desde el 29/1/2023.

Se expide en Bogotá el día 28 del mes de Febrero del año 2023 con destino a:
PROFESIONALES DE COLOMBIA



Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
52.769.729

NUMERO
VANEGAS PRADA

APELLIDOS
SHIRLEY PAOLA

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **01-JUN-1980**
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.59 **A+** **F**
ESTATURA G.S. RH SEXO

10-AGO-1998 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ



A-1500113-45135997-F-0052769729-20050913 0303405256A 02 180603205



170225538

1. Tipo de Trámite		2. Tipo de Afiliación		3. Régimen	
A. Afiliación B. Transferencia de Novedad		A. Individual B. Cotizante o Cotizante adicional C. Cotizante C. Cotizante adicional D. De Cotizante		A. Cotizante B. Cotizante adicional	
4. Tipo de Afiliación		5. Tipo de Cotizante		6. Código	
A. Cotizante B. Cotizante de Familia C. Beneficiario		A. Dependiente B. Independiente C. Pensionado		Código (a registrar por la EPS) 3	

A. AFILIACIÓN

6. Apellidos y nombres		7. Tipo de Documento de Identidad		8. Número del documento de Identidad		9. Sexo		10. Fecha de nacimiento	
Primer Apellido Varegas		Segundo Apellido Varegas		Primer Nombre Shirley		Segundo Nombre Paola		10. Fecha de nacimiento 01/06/1980	
7. Tipo de Documento de Identidad		8. Número del documento de Identidad		9. Sexo		10. Fecha de nacimiento			
CN NI CE CO RC CC PA SC		32764729		Femenino Masculino					
11. Etnia									
12. Discapacidad									
Tipo F N M Condición T P									
13. Puntaje SISBEN									
14. Grupo de población especial									
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL									
16. Administradora de Pensiones									
17. Ingreso base de cotización - IBC 1'160.000.									
18. Residencia									
Dirección Calle 405 N° 12 DSO									
Teléfono Celular									
Teléfono Electrónico 118647604 paulavp2008@gmail.com									
Municipio / Distrito									
Zona									
Localidad / Comuna									
Departamento									
Bogotá									
Urban Rural									
Kennedy									
Cundinamarca									

19. Apellidos y nombres									
Primer Apellido									
Segundo Apellido									
Primer Nombre									
Segundo Nombre									
20. Tipo de documento de Identidad									
21. Número del documento de Identidad									
22. Sexo									
Femenino Masculino									
23. Fecha de nacimiento									
01/06/1980									
24. Apellidos y nombres									
Primer Apellido									
Segundo Apellido									
Primer Nombre									
Segundo Nombre									
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									

25. Tipo de documento de Identidad									
26. Número del documento de Identidad									
27. Sexo									
Femenino Masculino									
28. Fecha de nacimiento									
01/06/1980									
29. Parentesco									
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									
30. Etnia									
31. Discapacidad									
Tipo Condición									
F N M T P									
32. Datos de Residencia									
Municipio / Distrito									
Zona									
Urbana Rural									
Departamento									
Teléfono Fijo y/o Celular									
33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)									
10299									
167014									
34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS									
Código de la IPS (a registrar por la EPS)									
C									
B									
B									

33. Nombre o Razón Social	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación Dirección	39. Ubicación Municipio / Distrito	39. Ubicación Departamento
39. Ubicación Correo Electrónico	39. Ubicación Municipio / Distrito	39. Ubicación Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad	41. Tipo de Novedad
☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación ☐ 3. Actualización de documento de identidad ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS ☐ 6. Reinscripción en la EPS ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando	☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐ 13. Movilidad ☐ 14. Traslado ☐ 15. Reporte de fallecimiento ☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante ☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado ☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD	
41. Datos básicos de identificación	42. Fecha
Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____	Tipo de documento de identidad: CN TI CE CD RC CC PA SC Número del documento de identidad: _____ Sexo: Femenino Masculino Fecha de nacimiento: ____/____/____
43. EPS anterior	44. Motivo de traslado
Código: _____	Código: _____
45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones	
Código: _____	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES	
☐ 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. ☐ 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. ☐ 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. ☐ 49. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. ☒ 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. ☒ 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. ☒ 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1561 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. ☒ 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.	
54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio
Firma: _____ Fecha: ____/____/____	Firma: _____ Fecha: ____/____/____

VIII. ANEXOS	
☐ 56. Anexo copia del documento de identidad: Cantidad: _____ TOTAL: _____ ☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. ☐ 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. ☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. ☐ 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. ☐ 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. ☐ 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. ☐ 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. ☐ 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. ☐ 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.	
IX. DATOS PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL	
66. Identificación de la Entidad Territorial	67. Datos del SISBEN
Código del Municipio: _____ Código del Departamento: _____ Puntaje: _____ Nivel: _____	68. Fecha de Radicación: ____/____/____ 69. Fecha de Validación: ____/____/____
70. Datos del funcionario que realiza la validación	
Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____	71. Firma del Funcionario
Tipo de documento: _____ Número de documento de identidad: _____ Observaciones: _____	

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada, de acuerdo con lo establecido en el capítulo VII del formulario.	
08 FEB 2023 RECIBIDO POR: _____ 278mm	Sticker procesamiento



170225538

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE		2. Tipo de Afiliación		3. Régimen	
1. Tipo de Trámite		A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia / Beneficiario o Afiliado adicional		B. Colectiva / C. Institucional	
A. Afiliación / B. Reporte de Novedades		D. De Oficio		A. Contributivo / B. Subsidiado	
4. Tipo de Afiliado		5. Tipo de Cotizante		Código (a registrar por la EPS) 3	
A. Cotizante / B. Cabeza de Familia / C. Beneficiario		A. Dependiente / B. Independiente / C. Pensionado			

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)					
6. Apellidos y nombres		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Primer Apellido		Segundo Apellido			
Vaneegas		Prada		Shirley Paola	
7. Tipo de documento de identidad		8. Número del documento de identidad		9. Sexo	
CN TI CE CD / RC CC PA SC		32764729		Femenino X Masculino	
				10. Fecha de nacimiento	
				01/06/1980	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS					
Datos Personales					
11. Etnia		12. Discapacidad		13. Puntaje SISBÉN	
Tipo F N M		Condición T P			
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL		16. Administradora de Pensiones		17. Ingreso base de cotización - IBC	
				1'160.000.	

18. Residencia				Teléfono Fijo	
Dirección				1122770	
Calle 4050 V No 32 DSO					
Teléfono Celular		Correo Electrónico			
2118647601		paolaup2008@gmail.com			
Municipio / Distrito		Zona		Departamento	
Bogotá		Urbana X Rural		Cundinamarca	
		Kennedy			

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante					
19. Apellidos y nombres		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Primer Apellido		Segundo Apellido			
20. Tipo de documento de identidad		21. Número del documento de identidad		22. Sexo	
CN TI CE CD / RC CC PA SC				Femenino Masculino	
				23. Fecha de nacimiento	
				DD MM AAAA	

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales					
24. Apellidos y nombres		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Primer Apellido		Segundo Apellido			
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos Complementarios					
25. Tipo de documento de identidad		26. Número del documento de identidad		27. Sexo	
B1				Femenino Masculino	
B2				Femenino Masculino	
B3				Femenino Masculino	
B4				Femenino Masculino	
B5				Femenino Masculino	
				28. Fecha de nacimiento	
				DD MM AAAA	
				29. Parentesco	

30. Etnia						31. Discapacidad		32. Datos de Residencia		33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)	
Tipo		Condición		Municipio/Distrito		Zona		Departamento		Teléfono Fijo y/o Celular	
B1		F N M		T P		Urbana Rural					
B2		F N M		T P		Urbana Rural					
B3		F N M		T P		Urbana Rural					
B4		F N M		T P		Urbana Rural					
B5		F N M		T P		Urbana Rural					

Selección de la IPS Primaria						Código de la IPS (a registrar por la EPS)					
34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS						10299					
C											
B						167014					
B											
B											

2. Concepto **02** Actualización

4. Número de formulario

14900428194



(415)7707212489984(8020) 000001490042819 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional
Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

5 2 7 6 9 7 2 9 | 0

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

26. Número de Identificación

5 2 7 6 9 7 2 9

27. Fecha expedición

1 9 9 8 0 8 1 0

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

VANEGAS

32. Segundo apellido

PRADA

33. Primer nombre

SHIRLEY

34. Otros nombres

PAOLA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CL 40 SUR 72 D 50

42. Correo electrónico

paolavp2008@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 1 8 6 4 7 6 0 1

45. Teléfono 2

6 0 1 7 1 3 2 7 7 0

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

8 5 1 1

47. Fecha inicio actividad

2 0 2 3 0 2 0 1

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código

1 2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código

4 9

49 - No responsable de IVA

Obligaciones aduaneros

Exportadores

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

☒

60. No. de Folios:

0

61. Fecha

2023 - 03 - 03 / 09 : 54: 06

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.

Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

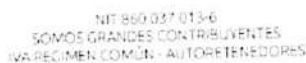
[Firma]

984. Nombre

VANEGAS PRADA SHIRLEY PAOLA

985. Cargo

CONTRIBUYENTE



Código de Seguridad: NM1y+2Dvb8sYdSyDPVH19g==

VERSIÓN CLAUSULADO 06-04-2021-1317-P-05-PPSUS2R000000059-D007

OBJETO DE CONTRATO

EL CONTRATISTA EN SU CALIDAD DE TRABAJADOR INDEPENDIENTE SE OBLIGA CON EL CONTRATANTE A PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO AGENTE EDUCATIVO EN EL MARCO DEL CONTRATO DE APOORTE SUSCRITO CON EL ICBF PARA LA INSTITUCIÓN DEL CDI DIMF

TOTAL ASEGURADO	\$	8.268.480,00
-----------------	----	--------------

DISTRIBUCIÓN COASEGURO

PRIMA BRUTA	\$	20.000,00
DESCUENTOS	\$	
EXTRA PRIMA		
PRIMA NETA	\$	20.000,00
GASTOS EXP.	\$	5.000,00
IVA	\$	4.750,00
	\$	29.750,00
TOTAL A PAGAR		

CONVENIO DE PAGO DIRECTO EFECTIVO, Fecha de Pago: 22/02/2023

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

ES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO DILIGENCIAR EL FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE, SUMINISTRAR INFORMACIÓN VERAZ Y VERIFICABLE Y REALIZAR ACTUALIZACIÓN DE DATOS POR LO MENOS ANUALMENTE (CIRCULAR EXTERNA 026 DE 2008 SUPERFINANCIERA).

CONSULTA LA AUTENTICIDAD DE ESTA PÓLIZA INGRESANDO A PRODUCTOS.MUNDIALSEGUROS.COM.CO DIGITA EL CÓDIGO DE SEGURIDAD QUE ENCUENTRAS EN LA PARTE SUPERIOR DE ESTE DOCUMENTO Y VIVE LA EXPERIENCIA DE ESTAR ASEGURADO CON EL RESPALDO DE SEGUROS MUNDIAL. TAMBIÉN PUEDES LLAMAR A LA LÍNEA NACIONAL 01 8000 111 935 - 327 47 12/13

EL TOMADOR Y/O ASEGURADO SEGÚN CORRESPONDA, SE COMPROMETE A PAGAR LA PRIMA DENTRO DE LOS 30 DÍAS CONTADOS A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA. DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1068 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, MODIFICADO POR EL ARTÍCULO 82 DE LA LEY 45 DE 1990, LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PRESENTE PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA. EN MI CALIDAD COMO TOMADOR DE LA PÓLIZA INDICADA EN ESTA CARÁTULA, MANIFIESTO EXPRESAMENTE QUE HE TENIDO A MI DISPOSICIÓN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA MANIFIESTO ADEMÁS, QUE DURANTE EL PROCESO DE NEGOCIACIÓN, ANTICIPADAMENTE ME HAN SIDO EXPLICADAS POR LA COMPAÑÍA Y/O POR EL INTERMEDIARIOS DE SEGUROS AQUÍ INDICADO, SOBRE LAS EXCLUSIONES Y ALCANCES Y CONTENIDOS DE LA COBERTURA, ASÍ COMO LAS GARANTÍAS, EN VIRTUD DE TAL ENTENDIMIENTO, LAS ACEPTO Y DECIDO TOMARLA PÓLIZA DE SEGUROS CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO.

- Nacional: 01 8000 111 935
- Bogotá: 327 4712 - 327 4713

Firma Autorizada - Compañía Mundial Seguro S.A.

TOMADOR

Cumplimos los sueños de nuestro planeta reciclando responsablemente.
Protege el medio ambiente evitando la impresión de este documento.

HOJA No.

VIGILADO
S. PERU INCONTINUA FINANZIARIA
TE LO COMPA.

Ciudad: Bogotá

Mes: Febrero

Día: 28

Año: 2023

CUENTA DE COBRO No. 02

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A: YANETH BULLA CELY

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2023-DIMF KENNEDY-CON015

NOMBRE: YANETH BULLA CELY

CEDULA: 52.463.374

CUENTA BANCARIA: 022620660 BANCO: BOGOTA AHORRO X CORRIENTE

LA SUMA DE: (\$2.296.800) DOS MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS PESOS M/Cte.

PERIODO: 1 al 28 Febrero

CONCEPTO: Agente Educativa – DIMF Kennedy CTO # 11005322023, Cupos 50

El Contratista ha desarrollado las obligaciones objeto del CONTRATO con total independencia y autonomía, frente a la Asociación Profesionales de Colombia, razón por la cual no constituye vínculo laboral alguno, ni da lugar a ninguna clase de Prestaciones Sociales de conformidad con lo establecido por la Normatividad Vigente.

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI NO X a partir de la fecha Día Mes Año en constancia:

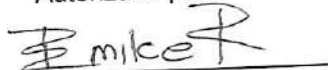
Firmo _____

Autorizo me sea descontada la suma de:

APORTES FONDO	0
PRESTAMOS	0
OTROS DESCUENTOS (intereses):	0
TOTAL, DESCUENTOS	0

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: (\$2.296.800) Dos millones doscientos noventa y seis mil ochocientos pesos M/Cte. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

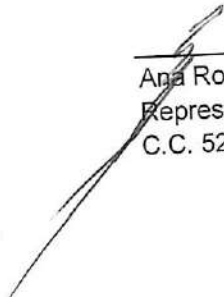
Autorizado por:



Emilce Rojas Aguilar
Coordinador UDS Periodistas
C.C. 52.278.676

Atentamente,

Aprobado por:


Ana Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

YANETH BULLA CELY
NOMBRE: Yaneth Bulla Cely
C.C. 52.463.374
Correo: yaneth.bulla@hotmail.com
Dirección: Carrera 68D Bis N° 37G-82 sur
Teléfono: 310-2668784

NOTA: Se debe anexar planilla de pago de los Aportes a Salud, Pensión y ARL, del mes vencido y productos del mes según certificación de cumplimiento.

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO POR CARGO
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
CTO # 1100/532/2023



PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	YANETH BULLA CELY
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	FEBRERO

CARGO		AGENTE EDUCATIVO							
PERIODO y FECHA		FEBRERO							
FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES	
Fase de atención	2	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias según la fase diagnóstica, con los 3 GA (4 por cada UA)	1.1 RAM (3) (físico y digital) 1.2 Planeación cargada al drive correspondiente del GT (4) 1.3 Registro en el formato de planeación del registro visual 1.4 Entrega de refrigerios (6 x GT)	40%	1/03/2023	/		1.1 RAM OK 1.2 OK 1.3 OK 1.4 OK	
		2. Organizar, archivar y digitalizar la documentación requerida para la formalización del cupo del GA (50)	2.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 2.2 Acomodación de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 2.3 Digitalización de cada uno de los documentos de los participantes del GA _Opcional 2.4 Cargue de los documentos al drive correspondiente al GT_Opcional al avance del ítem anterior 2.5 Archivo Físico de los documentos en las carpetas respectivas (50 carpetas)	15%	1/03/2023	/		2.1 OK 2.2 OK 2.3 OK 2.4 OK 2.5 OK	
		3. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 40 minutos de formación (DIMF)	3.1 Desarrollo los 15 encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atención correspondiente. * Formato Verificación condiciones de habitabilidad (Criterios de focalización).	25%	2/03/2023	/		3.1 OK	
		4. Apoyar el proceso de digitalización de la información física que se requiera según las indicaciones y el protocolo de archivo, y elaboración de directorio por GA (50)	4.1 Directorio, de las 50 familias participantes	10%	2/03/2023	/		4.1 OK	
		5. Entrega de Raciones	5.1 Formato RPP 5.1 Fotografías uno a uno de la entrega de RPP - en power Point	10%	2/03/2023	/		5.1 OK 5.1 OK	
		TOTAL				100%			

FIRMA CONTRATISTA	Yaneth Bulla cely
NOMBRE:	YANETH BULLA CELY
C.C.	52463374

FIRMA COORDINADORA	Emilce
NOMBRE:	EMILCE ROJAS AGUILAR
C.C.	52278676

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.463.374**
BULLA CELY

APELLIDOS
YANETH

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **08-OCT-1978**
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

05-DIC-1996 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500100-00090444-F-0052463374-20081008

0004096948A 1

1690024059

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que YANETH BULLA, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 52.463.374 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 022620660, abierta/o desde el 29/1/2023.

Se expide en Bogotá el día 30 del mes de Enero del año 2023 con destino a: Profesionales de Colombia



Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

compensar | salud
eps

© 2000 SuperSubs Ltd

2. Concepto **02** Actualización

4. Número de formulario

14900445318



(415)7707212489984(8020) 000001490044531 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) **5 2 4 6 3 3 7 4** 6. DV **5** 12. Dirección seccional **Impuestos de Bogotá**

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente **Persona natural o sucesión ilíquida** 25. Tipo de documento **Cédula de Ciudadanía** 26. Número de identificación **5 2 4 6 3 3 7 4** 27. Fecha expedición **1 9 9 6, 1 2, 0 5**
Lugar de expedición **COLOMBIA** 28. País **1 6 9** 29. Departamento **Bogotá D.C.** 30. Ciudad/Municipio **Bogotá, D.C.** 31. Primer apellido **BULLA** 32. Segundo apellido **CELY** 33. Primer nombre **YANETH** 34. Otros nombres
35. Razón social

UBICACIÓN

38. País **COLOMBIA** 39. Departamento **Bogotá D.C.** 40. Ciudad/Municipio **Bogotá, D.C.** 41. Dirección principal **CL 42 B 78 P 26 SUR** 42. Correo electrónico **yaneth.bulla@hotmail.com** 43. Código postal **1 6 9** 44. Teléfono 1 **3 1 0 2 6 6 8 7 8 4** 45. Teléfono 2 **6 0 1 2 0 4 8 8 5 9**

CLASIFICACIÓN

Actividad económica
46. Código **8 5 1 1** 47. Fecha inicio actividad **2 0 2 3, 0 2, 0 1** 48. Código **8 5 6 0** 49. Fecha inicio actividad **2 0 1 8, 0 8, 0 1** 50. Código **1** 51. Código **2** 52. Número establecimientos
Ocupación

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código **4 9** 49 - No responsable de IVA

DOCUMENTO

Obligados aduaneros

54. Código **1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20**

Exportadores

55. Forma **1** 56. Tipo **2** 57. Modo **3** 58. CPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos **SI** ☐ **NO** ☒

60. No. de Folios: **0**

61. Fecha **2023 - 03 - 03 / 10 : 26: 04**

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre **BULLA CELY YANETH**
985. Cargo **CONTRIBUYENTE**

YANETH Bulla cely

Ciudad: Bogotá

Mes: Febrero

Día: 28

Año: 2023

CUENTA DE COBRO No. 02

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A: DIANA KATHERIN CONDE VALENCIA

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2023-DIMF KENNEDY-CON007

NOMBRE: DIANA KATHERIN CONDE VALENCIA

CEDULA: 1.030.661.794

CUENTA BANCARIA: 035608280 **BANCO:** BOGOTA **AHORRO** ☒ **CORRIENTE** ☐

LA SUMA DE: (\$2.296.800) Dos millones doscientos noventa y seis mil ochocientos pesos M/Cte.

PERIODO: 1 al 28 Febrero

CONCEPTO: Profesional Psicosocial – DIMF Kennedy CTO # 11005322023, Cupos 150

El Contratista ha desarrollado las obligaciones objeto del CONTRATO con total independencia y autonomía, frente a la Asociación Profesionales de Colombia, razón por la cual no constituye vínculo laboral alguno, ni da lugar a ninguna clase de Prestaciones Sociales de conformidad con lo establecido por la Normatividad Vigente.

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI ☐ **NO** ☒ a partir de la fecha Día Mes Año en constancia:

Firmo _____

Autorizo me sea descontada la suma de:

APORTES FONDO	0
PRESTAMOS	0
OTROS DESCUENTOS (intereses):	0
TOTAL, DESCUENTOS	0

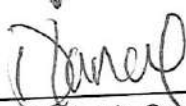
TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: (\$2.296.800) Dos millones doscientos noventa y seis mil ochocientos pesos M/Cte. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:



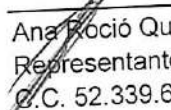
Emilce Rojas Aguilar
Coordinador UDS Periodistas
C.C. 52.278.676

Atentamente,



NOMBRE: Diana Katherin Conde Valencia
C.C. 1.030.661.794
Correo: dianaconddev12@gmail.com
Dirección: Carrera 97C N° 42F-22 sur
Teléfono: 321-2978093

Aprobado por:


Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

NOTA: Se debe anexar planilla de pago de los Aportes a Salud, Pensión y ARL, del mes vencido y productos del mes según certificación de cumplimiento.

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO POR CARGO
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
CTO # 1100/532/2023



PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	DIANA KATHERIN CONDE VALENCIA
CARGO	PSICOSOCIAL
PERIODO y FECHA	FEBRERO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
fase de atencion	2	1. Verifica la existencia del registro civil de las niñas y los niños (y del documento de identidad de las mujeres gestantes). En los casos de no contarse, orienta y hace seguimiento de la familia y cuidadores y adelanta acciones ante la autoridad competente, según corresponda	1.1 Carpetas de los participantes - Lista de chequeo 1.2 Visitas de criterio de focalización Cantidad (80) 1.3 Acta de proceso o Formato de novedades	10%	01.02.2023	✓		1.1 OK 1.2 OK 1.3 OK
		2. Implementa acciones de articulación con autoridades, instituciones, servicios sociales, comunidades y los diferentes actores de su territorio, para promover redes protectoras para las niñas, los niños y las mujeres gestantes. (MINIMO 10 gestiones por Sede de Atención)	2.1. Cartas de gestion con radicado 2.2. Matriz de Gestión interinstitucional	20%	01.02.2023	✓		2.1 OK 2.2 OK
		3. Realizar la verificación y consolidación de los criterios de focalización acorde a la Guía para la focalización de usuarios de los servicios de primera infancia V3 del 14/02/2022. Los participantes que requieren de acta de visita domiciliar con diagnóstico en situación de vulnerabilidad deben ser visitados por el profesional psicosocial, para posteriormente consolidar los criterios acorde a lo estipulado por la EAS. TODOS LOS SOPORTES DEBEN COINCIDIR CON LA BASE DE ROTACIONES DEL CUENTAME	3.1 Formato diligenciado de visitas de criterio de focalización	30%	01.02.2023	✓		3.1 OK
		4. Focalización de participantes de acuerdo a lo estipulado en el Manual Operativo y Guía de Focalización del ICBF (50 familias)	4.1 Desarrollo de plaza comunicativa 4.2 Consecución de participantes por GA Formato f2. mo12.pp de preinscripción-Suba Formato Centro zonal Focalización - Kennedy 4.3 Registro Fotográfico de las jornadas cargadas al drive correspondiente del GT	20%	01.02.2023	✓		4.1 OK 4.2 OK 4.3 OK
		5. Procesos de Formación y cualificación al Talento Humano	5.1 Acta de socialización protocolo de actuaciones ante alertas de amenaza, vulneración o inobservancia de los derechos en lo servicios de atención a primera infancia" 5.2 Registro Fotográfico 5.3 Planeación de la Jornada	10%	01.02.2023	✓		5.1 OK 5.2 OK 5.3 OK
		6. Informe de gestión mensual en el formato f8 contractual y general de acciones	6. Formato de Informe – Enviado por Coordinación Drive	10%	01.02.2023	✓		6. OK
TOTAL				100%				

FIRMA CONTRATISTA	<i>Diana</i>
NOMBRE:	DIANA KATHERIN CONDE VALENCIA
C.C.	1030651794

FIRMA COORDINADORA	<i>Emilce</i>
NOMBRE:	EMILCE ROJAS AGUILAR
C.C.	52278676

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que DIANA KATHERIN CONDE VALENCIA, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 1.030.661.794 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 035608280, abierta/o desde el 29/1/2023.

Se expide en Bogotá el día 1 del mes de Marzo del año 2023 con destino a:
Dianitaconde.09@gmail.com



Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.030.661.794**
CONDE VALENCIA

APELLIDOS
DIANA KATHERIN

NOMBRES

Diana Conde

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

23-DIC-1995

LUGAR DE NACIMIENTO

1.63

A+

ESTATURA

G.S. RH

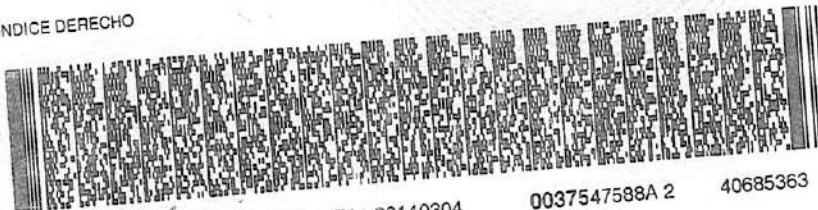
F

SEXO

16-ENE-2014 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P-1500150-00551618-F-1030661794-20140304

0037547588A 2

40685363



06 3167566

Ulla del Rio

Fecha de Radicación

06/03/2023

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de trámite
A. Afiliación ☒
B. Reporte de Novedades ☒
2. Tipo de Afiliación
A. Individual: Cabeza o cabeza de Familia ☒
B. Colectiva ☒
C. Institucional ☐
D. De oficio ☐
3. Régimen
A. Contributivo ☒
B. Subsidio ☐
4. Tipo de afiliado
A. Colaborante ☐
B. Cabeza de familia ☐
C. Beneficiario ☒
5. Tipo de cotizante
A. Dependiente ☐
B. Independiente ☐
C. Pensionado ☐
Código (a registrar por la EPS)

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombre: Valenzuela
7. Tipo de documento de Identidad: CC
8. Número del documento de Identidad: 10206617944
9. Sexo: Masculino ☒
10. Fecha de nacimiento: 12/03/1974

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia: ☐
12. Discapacidad: Tipo ☐ Condición ☐
13. Puntaje SISBEN: 12
14. Grupo de población especial: ☐
15. Administradora de riesgos laborales - ARL: Protección
16. Administradora de pensiones: ☐
17. Ingreso base de cotización - IBC: 975421
18. Residencia: Cra 975421 - 22 Sur
19. Correo electrónico: dianarcorde09@gmail.com
20. Zona: Urbana ☒
21. Teléfono celular: 3212240913

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante)

19. Apellidos y nombre: ☐
20. Tipo de documento de Identidad: ☐
21. Número del documento de Identidad: ☐
22. Sexo: ☐
23. Fecha de nacimiento: ☐

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombre	25. Tipo de documento de Identidad	26. Número del documento de Identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco	30. Etnia
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

31. Discapacidad: Tipo ☐ Condición ☐
32. Datos de residencia: Municipio/Distrito: ☐ Zona: Urbana ☒ Rural ☐ Departamento: ☐ Teléfono fijo y/o celular: ☐
33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS): ☐

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS: ☐
35. Tipo de documento de Identificación: ☐
36. Número del documento de Identificación: ☐
37. Tipo de afiliado o pagador de pensiones (a registrar por la EPS): ☐

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

38. Nombre o razón social: ☐
39. Ubicación: ☐
40. Tipo de Novedad: ☐
41. Tipo de documento de Identificación: ☐
42. Número del documento de Identificación: ☐
43. EPS anterior: ☐

B. REPORTE DE NOVEDADES

44. Tipo de Novedad: ☐
45. Tipo de documento de Identificación: ☐
46. Número del documento de Identificación: ☐
47. Tipo de afiliado o pagador de pensiones (a registrar por la EPS): ☐

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

48. Tipo de documento de Identificación: ☐
49. Número del documento de Identificación: ☐
50. Tipo de afiliado o pagador de pensiones (a registrar por la EPS): ☐

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

51. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.
52. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
53. Declaración de extinción de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impidan la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
54. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
55. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
56. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
57. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1501 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
58. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

59. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario: ☐
60. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio: ☐

IX. ANEXOS

61. Anexo copia del documento de identificación: ☐
62. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
63. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
64. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos o la terminación de la unión marital.
65. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
66. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
67. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración sujeta por el cotizante sobre la ausencia de ambos padres.
68. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
69. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
70. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DELIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

71. Identificación de la Entidad Territorial: Código del municipio: ☐ Código del departamento: ☐
72. Datos del SISBEN: Número de la ficha: ☐ Puntaje: ☐ Nivel: ☐
73. Fecha de radicación: ☐
74. Fecha de validación: ☐
75. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer Apellido: ☐ Segundo Apellido: ☐
76. Tipo de documento de Identidad: ☐ Número del documento de Identidad: ☐
77. Firma del funcionario: ☐

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario

2. Concepto **02** Actualización

4. Número de formulario

14891919015



(415)7707212489984(8020) 0000014891919015

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 3 0 6 6 1 7 9 4

6. DV

5

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

3 2

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de identificación

1 0 3 0 6 6 1 7 9 4

27. Fecha expedición

2 0 1 4, 0 1, 1 6

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

CONDE

32. Segundo apellido

VALENCIA

33. Primer nombre

DIANA

34. Otros nombres

KATHERIN

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CR 97 C 42 F 22 SUR

42. Correo electrónico

katherine-223@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 2 1 2 9 7 8 0 9 3

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

7 2 2 0

47. Fecha inicio actividad

2 0 2 3, 0 1, 3 0

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

1

2

Ocupación

51. Código

3 4 6 0

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	4	9																							

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación.

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

X

60. No. de Folios:

0

61. Fecha

2023 - 01 - 29 / 16 : 57 : 37

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.

Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre CONDE VALENCIA DIANA KATHERIN

985. Cargo CONTRIBUYENTE

No. PÓLIZA	COQ-100000030	No. ANEXO	0	No. CERTIFICADO	532000036	No. RIESGO	
TIPO DE DOCUMENTO				FECHA DE EXPEDICIÓN	22/02/2023	SUC. EXPEDIDORA	CEN ORINOQUIA
VIGENCIA DESDE		VIGENCIA HASTA		DÍAS		VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE	
00:00 Horas Del 01/02/2023		24:00 Horas Del 31/12/2023				N/A	
TOMADOR		CONDE VALENCIA DIANA KATHERINE					
DIRECCIÓN		CALLE 95 N 68F- 24					
ASEGURADO		ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA					
DIRECCIÓN		CLL 95 # 68 F 24					
BENEFICIARIO		ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA					
DIRECCIÓN		CLL 95 # 68 F 24					
No. DOC. IDENTIDAD		1.030.661.794					
TELÉFONO		3212978093					
No. DOC. IDENTIDAD		830.107.985-1					
TELÉFONO		3102502165					
No. DOC. IDENTIDAD		830.107.985-1					
TELÉFONO		3102502165					

OBJETO DE CONTRATO

GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO NO.APC2023-DIMFKENNY-CON007, CUYO OBJETO ES EL CONTRATISTA EN SU CALIDAD DE TRABAJADOR INDEPENDIENTE SE OBLIGA CON EL CONTRATANTE A PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICOLOGA EN EL MARCO DEL CONTRATO DE APOORTE SUSCRITO CON EL ICBF PARA LA INSTITUCIÓN DEL CDI DIMF

NOMBRE DEL AMPARO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA\$	VALOR PRIMAS
CUMPLIMIENTO	00:00 Horas Del 01/02/2023	24:00 Horas Del 31/12/2023	4.149.552,00	10.000,00
CALIDAD DEL SERVICIO	00:00 Horas Del 01/02/2023	24:00 Horas Del 31/12/2023	4.149.552,00	10.000,00
TOTAL ASEGURADO			\$ 8.299.104,00	

INTERMEDIARIOS	TIPO	% PARTICIPACIÓN
ASESORIAS Y SOLUCIONES M&M LTDA	AGENCIAS	100,00

PRIMA BRUTA	\$ 20.000,00
DESCUENTOS	\$
EXTRA PRIMA	
PRIMA NETA	\$ 20.000,00
GASTOS EXP.	\$ 5.000,00
IVA	\$ 4.750,00
TOTAL A PAGAR	\$ 29.750,00

DISTRIBUCIÓN COASEGURO				
COMPAÑIA	TIPO COASEGURO	PÓLIZA LÍDER	CERTIF. LÍDER	% PARTICIPACIÓN

CONVENIO DE PAGO DIRECTO EFECTIVO, Fecha de Pago: 22/02/2023

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

ES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO DILIGENCIAR EL FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE, SUMINISTRAR INFORMACIÓN VERAZ Y VERIFICABLE Y REALIZAR ACTUALIZACIÓN DE DATOS POR LO MENOS ANUALMENTE (CIRCULAR EXTERNA 026 DE 2008 SUPERFINANCIERA).

CONSULTA LA AUTENTICIDAD DE ESTA PÓLIZA INGRESANDO A PRODUCTOS.MUNDIALSEGUROS.COM.CO DIGITA EL CÓDIGO DE SEGURIDAD QUE ENCUENTRAS EN LA PARTE SUPERIOR DE ESTE DOCUMENTO Y VIVE LA EXPERIENCIA DE ESTAR ASEGURADO CON EL RESPALDO DE SEGUROS MUNDIAL. TAMBIÉN PUEDES LLAMAR A LA LÍNEA NACIONAL 01 8000 111 935 - 327 47 12/13

EL TOMADOR Y/O ASEGURADO SEGÚN CORRESPONDA, SE COMPROMETE A PAGAR LA PRIMA DENTRO DE LOS 30 DÍAS CONTADOS A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA. DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1068 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, MODIFICADO POR EL ARTÍCULO 82 DE LA LEY 45 DE 1990, LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PRESENTE PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO A LA COMPAÑIA DE SEGUROS PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA. EN MI CALIDAD COMO TOMADOR DE LA PÓLIZA INDICADA EN ESTA CARATULA, MANIFIESTO EXPRESAMENTE QUE HE TENIDO A MI DISPOSICIÓN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA MANIFIESTO ADEMÁS QUE DURANTE EL PROCESO DE NEGOCIACIÓN, ANTECIPADAMENTE ME HAN SIDO EXPLICADAS POR LA COMPAÑIA Y/O POR EL INTERMEDIARIOS DE SEGUROS AQUÍ INDICADO, SOBRE LAS EXCLUSIONES Y ALCANCES Y CONTENIDOS DE LA COBERTURA, ASÍ COMO LAS GARANTÍAS, EN VIRTUD DE TAL ENTENDIMIENTO, LAS ACEPTO Y DECIDO TOMARLA PÓLIZA DE SEGUROS CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO.

[Firma Autorizada]

Firma Autorizada - Compañía Mundial Seguro S.A.

TOMADOR

Líneas de Atención al Cliente:
• Nacional: 01 8000 111 935
• Bogotá: 327 4712 - 327 4713



Cumplimos los sueños de nuestro planeta reciclando responsablemente.
Protege el medio ambiente evitando la impresión de este documento.

HOJA No.



tu compañía siempre

NIT 860.037.013-6
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
IVA RÉGIMEN COMÚN - AUTORETENEDORES

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

Afiliados



CÁMARA COLOMBIANA
DE LA INFRAESTRUCTURA

PASA-APF
Asociación Panamericana de Ingenieros
Panamerican Safety Association

LA COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A

CERTIFICA:

Que la garantía de Cumplimiento contenida en la póliza COQ-100000030 y endoso, 0 cuyo afianzado es:
CONDE VALENCIA DIANA KATHERINE Asegurado o Beneficiario: ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA /
ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA, expedida por la Compañía en 22/02/2023, no expirará por falta de
pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella o
por revocación unilateral por parte del Tomador o de la Compañía.

CEN ORINOQUIA a los 22 días del mes FEBRERO del año 2023.

Firma Autorizada - Compañía Mundial de Seguros S.A.

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA



Cumplimos los sueños de nuestro planeta reciclando responsablemente.
Protege el Medio Ambiente evitando la impresión de este documento.

AFILIADOS A LA CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA Y PASA-APF

Ciudad: Bogotá

Mes: Febrero

Día: 28

Año: 2023

CUENTA DE COBRO No. 02

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A: YULY ALEXANDRA CONTRERAS DOMINGUEZ

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2023-DIMF KENNEDY-CON005

NOMBRE: YULY ALEXANDRA CONTRERAS DOMINGUEZ

CEDULA: 53.075.707

CUENTA BANCARIA: 022552087 **BANCO:** BOGOTA **AHORRO** X **CORRIENTE** ____

LA SUMA DE: (\$2.296.800) Dos millones doscientos noventa y seis mil ochocientos pesos M/Cte.

PERIODO: 1 al 28 Febrero

CONCEPTO: Profesional Psicosocial – DIMF Kennedy CTO # 11005322023, Cupos 150

El Contratista ha desarrollado las obligaciones objeto del CONTRATO con total independencia y autonomía, frente a la Asociación Profesionales de Colombia, razón por la cual no constituye vínculo laboral alguno, ni da lugar a ninguna clase de Prestaciones Sociales de conformidad con lo establecido por la Normatividad Vigente.

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI ____ NO X a partir de la fecha Día Mes Año en constancia:

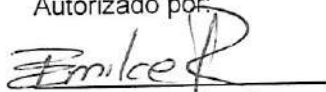
Firmo _____

Autorizo me sea descontada la suma de:

APORTES FONDO	0
PRESTAMOS	0
OTROS DESCUENTOS (intereses):	0
TOTAL, DESCUENTOS	0

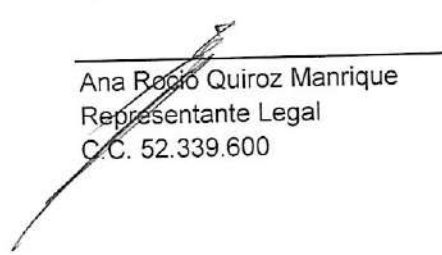
TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: (\$2.296.800) Dos millones doscientos noventa y seis mil ochocientos pesos M/Cte. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:



Emilce Rojas Aguilar
Coordinador UDS Periodistas
C.C. 52.278.676

Aprobado por:


Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,


NOMBRE: Yuly Alexandra Contreras Domínguez
C.C. 53.075.707
Correo: alexandrac622@hotmail.com
Dirección: Carrera 68 D N° 40-53 sur
Teléfono: 312-4951945

NOTA: Se debe anexar planilla de pago de los Aportes a Salud, Pensión y ARL, del mes vencido y productos del mes según certificación de cumplimiento.

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO POR CARGO
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
CTO # 1100/532/2023



PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	YULY ALEXANDRA CONTRERAS DOMINGUEZ
CARGO	PSICOSOCIAL
PERIODO y FECHA	FEBRERO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
Fase de atención	2	1. Verifica la existencia del registro civil de las niñas y los niños (y del documento de identidad de las mujeres gestantes). En los casos de no contarse, orienta y hace seguimiento de la familia y cuidadores y adelanta acciones ante la autoridad competente, según corresponda	1.1 Carpetas de los participantes - Lista de chequeo 1.2 Visitas de criterio de focalización Cantidad (80) 1.3 Acta de proceso o Formato de novedades	10%	1-03-2023	✓		1.1 OK. 1.2 OK 1.3 OK
		2. Implementa acciones de articulación con autoridades, instituciones, servicios sociales, comunidades y los diferentes actores de su territorio, para promover redes protectoras para las niñas, los niños y las mujeres gestantes. (MINIMO 10 gestiones por Sede de Atención)	2.1. Cartas de gestión con radicado 2.2. Matriz de Gestión interinstitucional	20%	1-03-2023	✓		2.1 OK 2.2 OK
		3. Realizar la verificación y consolidación de los criterios de focalización acorde a la Guía para la focalización de usuarios de los servicios de primera infancia V3 del 14/02/2022. Los participantes que requieren de acta de visita domiciliar con diagnóstico en situación de vulnerabilidad deben ser visitados por el profesional psicosocial, para posteriormente consolidar los criterios acorde a lo estipulado por la EAS. TODOS LOS SOPORTES DEBEN COINCIDIR CON LA BASE DE ROTACIONES DEL CUENTAME	3.1 Formato diligenciado de visitas de criterio de focalización	30%	1-03-2023	✓		3.1 OK
		4. Focalización de participantes de acuerdo a lo estipulado en el Manual Operativo y Guía de Focalización del ICBF (50 familias)	4.1 Desarrollo de pieza comunicativa 4.2 Consecución de participantes por GA Formato f2. mo12 pp de preinscripción-Suba Formato Centro zonal Focalización - Kennedy 4.3 Registro Fotográfico de las jornadas cargadas al drive correspondiente del GT	20%	1-03-2023	✓		4.1 OK 4.2 OK 4.3 OK
		5. Procesos de Formación y cualificación al Talento Humano	5.1 Acta de socialización protocolo de actuaciones ante alertas de amenaza, vulneración o inobservancia de los derechos en lo servicios de atención a primera infancia " 5.2 Registro Fotográfico 5.3 Planeación de la Jornada	10%	1-03-2023	✓		5.1 OK 5.2 OK 5.3 OK
		6. Informe de gestión mensual en el formato f8 contractual y general de acciones	6. Formato de Informe - Enviado por Coordinación Drive	10%	1-03-2023	✓		6. OK
TOTAL				100%				1 X

FIRMA CONTRATISTA	<i>Yuly Alexandra Contreras Dominguez</i>
NOMBRE:	YULY ALEXANDRA CONTRERAS DOMINGUEZ
C.C.	53075707

FIRMA COORDINADORA	<i>Emilce Rojas Aguilar</i>
NOMBRE:	EMILCE ROJAS AGUILAR
C.C.	52278676

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que YULY CONTRERAS, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 53.075.707 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 022552087, abierta/o desde el 17/3/2021.

Se expide en Bogotá el día 27 del mes de Febrero del año 2023 con destino a: personal



Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 53.075.707

CONTRERAS DOMINGUEZ

APELLIDOS

YULY ALEXANDRA

NOMBRES

Yuly Contreras D.

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-ABR-1985

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70

ESTATURA

O+

G.S. RH

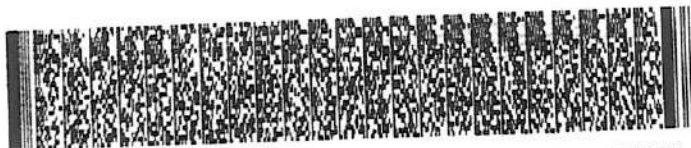
F

SEXO

11-JUN-2003 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1500150-00151288-F-0053075707-20090303

0010096056A 1

28669180

aportes
en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 53075707		CONTRERAS DOMINGUEZ YULY ALEXANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carr 68 D N 40 53 Sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4837297	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION										Pago		
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Banco		Dias Mora	Valor		
Pensión	Salud	Pago		Planilla		Planilla	Limite	Pago				
2023-01	2023-01	09092899		9445601825		1	2023/02/02	2023/01/30	BANCO DE OCCIDENTE		0 \$336,700	
										DIESESOS		

2023-01	2023-01	07/07/2027																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																							CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				Total Aportes																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
EMPLEADO		NOVEDADES																	PENSION			SALUD			CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		Total Aportes																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
No.	Identificación	Nombre	ing	re	ti	de	la	ca	dp	tad	vip	cor	vst	sln	ige	lma	vac	axp	vct	trt	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación		dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 53075707			CONTRERAS DOMINGUEZ YULY ALEXANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carr 68 D N 40 53 Sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4837297	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Banco	Dias Mora	Valor	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago			
2023-01	2023-01	09092899	9445601825	I	2023/02/02	2023/01/30	BANCO DE OCCIDENTE	0	\$336,700

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
				1	\$185,600	\$0	\$0	\$185,600
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$185,600	\$0	\$0	\$185,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$6,100	\$0	\$0	\$6,100
				1	\$6,100	\$0	\$0	\$6,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$6,100	\$0	\$0	\$6,100
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$145,000	\$0	\$0	\$145,000
				1	\$145,000	\$0	\$0	\$145,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$145,000	\$0	\$0	\$145,000
SANITAS	EP5005	800,251,440	6	1	\$336,700	\$0	\$0	\$336,700
TOTAL				1	\$336,700	\$0	\$0	\$336,700



CE-006 - 0000000100 - 2023

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 53075707
NOMBRES Y APELLIDOS	Contreras Dominguez, Yuly Alexandra
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/11/2011
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Contreras Dominguez, Yuly Alexandra, a los 03 días del mes de marzo del año 2023.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Sarmiento

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario

14900579657



(415)7707212489984(8020) 0000014900579657

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional
Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

5 3 0 7 5 7 0 7

3

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de identificación

5 3 0 7 5 7 0 7

27. Fecha expedición

2 0 0 3, 0 6, 1 1

Lugar de expedición

28. País

1 6 9

COLOMBIA

29. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

CONTRERAS

32. Segundo apellido

DOMINGUEZ

33. Primer nombre

YULY

34. Otros nombres

ALEXANDRA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CR 68 D 40 53 SUR TO 4 AP 401

42. Correo electrónico alexandrac622@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

6 0 1 4 8 8 9 9 7 5

45. Teléfono 2

3 1 2 4 9 5 1 9 4 5

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

47. Fecha inicio actividad

7 2 1 0

2 0 2 3, 0 1, 2 7

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

1

2

Ocupación

51. Código

52. Número
establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código

49 - No responsable de IVA

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26

Obligados aduaneros

54. Código

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

Exportadores

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

X

60. No. de Folios:

0

61. Fecha

2023 - 03 - 03 / 16 : 02: 41

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.

Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre CONTRERAS DOMINGUEZ YULY ALEXANDRA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

No. PÓLIZA CQ-100000116		No. ANEXO 1		No. CERTIFICADO 532000140		No. RIESGO	
TIPO DE DOCUMENTO		FECHA DE EXPEDICIÓN 28/02/2023		SUC. EXPEDIDORA CEN ORINOQUIA			
VIGENCIA DESDE		VIGENCIA HASTA		DÍAS		VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE	
00:00 Horas Del 01/02/2023		24:00 Horas Del 01/01/2024		01/01/2024		N/A	
VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA		N/A		N/A		N/A	
TOMADOR		CONTRERAS DOMINGUEZ, YULY ALEXANDRA		No. DOC. IDENTIDAD		53.075.707	
DIRECCIÓN		CRR 68D N 40-53 SUR N 63		TELÉFONO		3124951945	
ASEGURADO		ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA		No. DOC. IDENTIDAD		830.107.985-1	
DIRECCIÓN		CLL 95 # 68 F 24		TELÉFONO		3102502165	
BENEFICIARIO		ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA		No. DOC. IDENTIDAD		830.107.985-1	
DIRECCIÓN		CLL 95 # 68 F 24		TELÉFONO		3102502165	

OBJETO DE CONTRATO

MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO SE ACLARA EL OBJETO
GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO
NO. APC2023-DIMFKENNY-CON005, CUYO OBJETO ES

EL CONTRATISTA EN SU CALIDAD DE TRABAJADOR INDEPENDIENTE SE OBLIGA CON EL CONTRATANTE A PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO
PSICOSOCIAL EN EL MARCO DEL CONTRATO DE APOORTE SUSCRITO CON EL ICBF PARA LA INSTITUCIÓN DEL CDI DIMF

NOMBRE DEL AMPARO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADAS	VALOR PRIMAS
CUMPLIMIENTO	00:00 Horas Del 01/02/2023	24:00 Horas Del 01/01/2024	4.210.800,00	0,00
CALIDAD DEL SERVICIO	00:00 Horas Del 01/02/2023	24:00 Horas Del 01/01/2024	4.210.800,00	0,00
TOTAL ASEGURADO			\$ 8.421.600,00	

INTERMEDIARIOS	TIPO	% PARTICIPACIÓN
ASESORIAS Y SOLUCIONES M&M LTDA	AGENCIAS	100,00

DISTRIBUCIÓN COASEGURO				
COMPANIA	TIPO COASEGURO	PÓLIZA LÍDER	CERTIF. LÍDER	% PARTICIPACIÓN

PRIMA BRUTA	\$	0,00
DESCUENTOS	\$	
EXTRA PRIMA		
PRIMA NETA	\$	0,00
GASTOS EXP.	\$	0,00
IVA	\$	0,00
TOTAL A PAGAR	\$	0,00

CONVENIO DE PAGO DIRECTO EFECTIVO, Fecha de Pago: 28/02/2023

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

ES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO DILIGENCIAR EL FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE, SUMINISTRAR INFORMACIÓN VERAZ Y VERIFICABLE Y REALIZAR ACTUALIZACIÓN DE DATOS POR LO MENOS ANUALMENTE (CIRCULAR EXTERNA 026 DE 2008 SUPERFINANCIERA).

CONSULTA LA AUTENTICIDAD DE ESTA PÓLIZA INGRESANDO A PRODUCTOS.MUNDIALSEGUROS.COM.CO DIGITA EL CÓDIGO DE SEGURIDAD QUE ENCUENTRAS EN LA PARTE SUPERIOR DE ESTE DOCUMENTO Y VIVE LA EXPERIENCIA DE ESTAR ASEGURADO CON EL RESPALDO DE SEGUROS MUNDIAL. TAMBIÉN PUEDES LLAMAR A LA LÍNEA NACIONAL 01 8000 111 935 - 327 47 12/13

EL TOMADOR Y/O ASEGURADO SEGÚN CORRESPONDA, SE COMPROMETE A PAGAR LA PRIMA DENTRO DE LOS 30 DÍAS CONTADOS A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.
DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1068 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, MODIFICADO POR EL ARTÍCULO 82 DE LA LEY 45 DE 1990, LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PRESENTE PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO A LA COMPANÍA DE SEGUROS PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA.
EN MI CALIDAD COMO TOMADOR DE LA PÓLIZA INDICADA EN ESTA CARATULA, MANIFIESTO EXPRESAMENTE QUE HE TENIDO A MI DISPOSICIÓN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA MANIFIESTO ADEMÁS, QUE DURANTE EL PROCESO DE NEGOCIACIÓN, ANTICIPADAMENTE ME HAN SIDO EXPLICADAS POR LA COMPANÍA Y/O POR EL INTERMEDIARIOS DE SEGUROS AQUÍ INDICADO, SOBRE LAS EXCLUSIONES Y ALCANCES Y CONTENIDOS DE LA COBERTURA, ASÍ COMO LAS GARANTÍAS. EN VIRTUD DE TAL ENTENDIMIENTO, LAS ACEPTO Y DECIDO TOMARLA PÓLIZA DE SEGUROS CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO.

[Firma Autorizada]

Firma Autorizada - Compañía Mundial Seguro S.A.

TOMADOR



Líneas de Atención al Cliente:
• Nacional: 01 8000 111 935
• Bogotá: 327 4712 - 327 4713



Cumplimos los sueños de nuestro planeta reciclando responsablemente.
Protege el medio ambiente evitando la impresión de este documento.

Ciudad: BOGOTA

Mes: FEBRERO

Día: 28

Año: 2023

CUENTA DE COBRO No. 1

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2023-DIMFKENNEDY-CON029

NOMBRE: FRANCIA GIGLIOLA BARRERO FLÓREZ

CEDULA: 52.911.613 DE BOGOTA

CUENTA BANCARIA: 275315661 BANCO: BOGOTA AHORRO X CORRIENTE
LA SUMA DE: (\$1.914.000) UN MILLON NOVECIENTOS CATORCE MIL PESOS M/Cte.
PERIODO: FASE DE ATENCION FEBRERO

CONCEPTO: Nutricionista DIMF Kennedy Contrato 11005322023 con 150 cupos.

El Contratista ha desarrollado las obligaciones objeto del CONTRATO con total independencia y autonomía, frente a la Asociación Profesionales de Colombia, razón por la cual no constituye vínculo laboral alguno, ni da lugar a ninguna clase de Prestaciones Sociales de conformidad con lo establecido por la Normatividad Vigente.

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI NO X a partir de la fecha Día Mes Año en constancia:

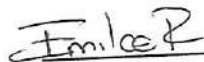
Firmo _____

Autorizo me sea descontada la suma de:

APORTES FONDO	0
PRESTAMOS	0
OTROS DESCUENTOS (intereses):	0
TOTAL, DESCUENTOS	0

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: (\$1.914.000) UN MILLON NOVECIENTOS CATORCE MIL PESOS M/Cte. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a PAZ Y SALVO conmigo por todo concepto.

Autorizado por:



Emilce Rojas Aguilar
Coordinador
C.C. 52.278.676

Aprobado por:


Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,


NOMBRE: Francia Gigliola Barrero Flórez
C.C. 52.911.613 de Bogotá
DR. Cra. 69 D # 1 - 70 Sur
nutricionista.franciabarrero@gmail.com
316 6183740

NOTA: Se debe anexar planilla de pago de los Aportes a Salud, Pensión y ARL, del mes vencido y productos del mes según certificación de cumplimiento.

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO POR CARGO
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
CTO # 1100/535/2023



PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY PERIODISTAS
NOMBRE	FRANCIA GIGUOLA BARRERO FLÓREZ
CARGO	NUTRICIONISTA
PERIODO y FECHA	FEBRERO

PERIODO y FECHA		FEBRERO					
FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCIÓN	1	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias según la fase diagnóstica, con las 9 UAS delegadas	1.1 Planeación cargada al drive 1.2 Acta de proceso con listados de asistencias en físico y digital. 1.3 Alimentar carpetas contractuales según estándar 1.4. Croograma de atención Grupal que evidencie la atención a las 9 UAS	8/03/2023	✓		2.1 OK 1.2 OK 1.3 OK 1.4 OK
		2. Realiza toma de medidas antropométricas a cada niña, niño y mujer gestante y hacer seguimiento a los resultados. De los Grupos delegados para un total de 150 participantes.	2. Formato Captura de Datos Antropométricos y el Formato Captura Datos Mujeres Gestantes y en el sistema de información Cuéntame.	8/03/2023	✓		2. OK
		3. Cargar a la plataforma Cuéntame los datos correspondientes a las tomas iniciales, de los 150 participantes asignados.	3. Informe Registro de información CUENTAME	8/03/2023	✓		3. OK
		4. Complementar y adecuar, el documento preexistente de "plan de saneamiento" acorde a las condiciones de la sede de atención y el contexto de la UDS	4. Documento de "Plan de Saneamiento" Anexo:	8/03/2023			ESTA EN CONSTRUCCIÓN
		5. Complementar y adecuar, el documento preexistente de Documento de las "buenas prácticas de manufactura (BPM)", acorde a las condiciones de la sede de atención y el contexto de la UDS	5. Documento de "BPM" 5.1. Anexo: Físico y escáner las diferentes formatos de desinfección (Correspondientes a Febrero)	8/03/2023	✓		5. OK 5.1 OK
		6. Verificar, validar, y actualizar equipos antropométricos y nutricionales garantizando el cumplimiento de los requerimientos técnicos	*6. Hoja de Vida de los equipos *6.1. Fichas Técnicas *6.2. Soporte de Calibración	8/03/2023			6. OK 6.1 OK 6.2 pendiente
		7. Realizar seguimiento, solicitud y verificación correspondientes a los procesos requeridos para actualización de: Visita Concepto Sanitario Lavado de tanques y Fumigación Revisión, actualización y solicitud de elementos de botiquín	7. Solicitud y seguimiento Visita SDS 7.1.. Cotización, cronograma y verificación de soportes (Fumigación, Lavado de tanques) 7.2. Solicitud de elementos de Botiqui, en el formato construido para tal fin	8/03/2023	✓		7. OK 7.1 OK 7.2 OK
		8. Acompañar y apoyar la entrega de RFPP, Refrigerios y Bienestarina	8. Formatos: 8.1 Entrega de bienestarina, 8.2 Entrega de Refrigerios 8.3. Entrega de RFPP	8/03/2023	✓		8. OK 8.1 OK 8.2 OK 8.3 OK
		9. Informe de gestión mensual en el formato FB contextual y general de acciones	9. Formato de Informe - Enviado por Coordinación Drive	8/03/2023	✓		9. OK
FIRMA CONTRATISTA		FRANCIA GIGUOLA BARRERO FLÓREZ		FIRMA COORDINADORA		Emilce R	
NOMBRE:		FRANCIA BARRERO		NOMBRE:		Emilce Rojas A	
C.C.		52.944.613 DE BKA		C.C.		62238616	



Nit. 990.002.954-4
Calle 38 N° 7-47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que FRANCIA BARRERO FLOREZ, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 52.911.613 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 275315661, abierta/o desde el 27/5/2013.

Se expide en Bogotá el día 24 del mes de Febrero del año 2023

Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD AL GUINIA POR PARTE DEL BANCO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.911.613**

BARRERO FLOREZ

APELLIDOS

FRANCIA GIGLIOLA

NOMBRES

FRANCIA GIGLIOLA BARRERO FLOREZ

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

15-JUL-1982

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.53

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

28-JUL-2000 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



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 52911613		BARRERO FLOREZ FRANCIA GIGLIOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Univ 72 f 39 g 04 sur tor 2 apt 510	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2565774	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Valor
2023-01	2023-01	1934348998	9445704031	I	2023/02/03	2023/02/24	SCOTIABANK COLPATRIA	\$369,000

2023-01	2023-01	1934345998	944374067	LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES										RIESGOS				PARAFISCALES											
EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				Codigo		Días		IBC		Aporte		Días		IBC		Aporte	
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte															
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,160,000	\$185,600			\$1,160,000	\$145,000			\$1,160,000	\$23,200			\$1,160,000	\$6,100			\$0	\$0							
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,160,000	\$185,600			\$1,160,000	\$145,000			\$1,160,000	\$23,200			\$1,160,000	\$6,100			\$0	\$0							
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,160,000	\$185,600			\$1,160,000	\$145,000			\$1,160,000	\$23,200			\$1,160,000	\$6,100			\$0	\$0							
1	CC 52911613	BARRERO FRANCIA	230201	30	\$1,160,000	\$185,600	EPS008	30	\$1,160,000	\$145,000	CCF24	30	\$1,160,000	\$23,200	14-23	30	\$1,160,000	\$6,100			\$0	\$0							
Total Afiliados(1)					\$1,160,000	\$185,600			\$1,160,000	\$145,000			\$1,160,000	\$23,200			\$1,160,000	\$6,100			\$0	\$0							



Tu pago fue exitoso

No. de ref: 1934348598

Destino:

APORTES EN LINEA

Valor:

\$369,000

Fecha:

Feb 24, 2023

09:25 AM

Origen:

Cuenta de ahorros

+3802

Volver al comercio

2. Concepto **02** Actualización

4. Número de formulario

14895339544



(415)7707212489964(8020) 000001489533954 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)
5 2 9 1 1 6 1 3

6. DV
3

12. Dirección seccional
Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico
3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida	25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía	26. Número de Identificación 5 2 9 1 1 6 1 3	27. Fecha expedición 2 0 0 0 / 0 7 / 2 8
Lugar de expedición COLOMBIA	28. País 1 6 9	29. Departamento Bogotá D.C.	30. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C.
31. Primer apellido BARRERO	32. Segundo apellido FLOREZ	33. Primer nombre FRANCIA	34. Otros nombres GIGLIOLA
35. Razón social			37. Sigla
36. Nombre comercial			

UBICACIÓN

38. País COLOMBIA	39. Departamento Bogotá D.C.	40. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C.
41. Dirección principal TV 72 F 39 G 04 SUR TO 2 AP 510	42. Correo electrónico gigliolabarrero82@gmail.com	
43. Código postal	44. Teléfono 1 6 0 1 5 2 2 6 9 6 1	45. Teléfono 2 3 1 6 6 1 8 3 7 4 0

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación		52. Número establecimientos
Actividad principal	Actividad secundaria	Otras actividades	51. Código			
46. Código 8 6 9 2	47. Fecha inicio actividad 2 0 1 7 / 0 6 / 2 8	48. Código 7 2 2 0	49. Fecha inicio actividad 2 0 1 7 / 0 6 / 2 8	50. Código 7 4 9 0		

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 5 4 9	05- Impto. renta y compl. régimen ordinario	49 - No responsable de IVA
---------------------	---	----------------------------

Obligaciones aduaneras

54. Código	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI ☐ NO ☒

60. No. de Folios: 0

61. Fecha 2023 - 02 - 10 / 12 : 30: 00

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

084. Nombre BARRERO FLOREZ FRANCIA GIGLIOLA

Ciudad: Bogotá

Mes: Febrero

Día: 28

Año: 2023

CUENTA DE COBRO No. 2

ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS

NOMBRE: JOHANNA ANDREA CONTRERAS MARIN

CEDULA: 53.077.091

CUENTA BANCARIA: 033267592 BANCO: BOGOTA AHORRO X CORRIENTE

LA SUMA DE: (\$2.680.358) Dos Millones Seiscientos Ochoenta Mil Trescientos Cincuenta y Ocho Pesos M/CTE.

PERIODO: Fase Atención febrero 2023

CONCEPTO: NUTRICIONISTA DIMF KENNEDY y Completando los productos de la Colega Francia Gigliola Barrero Florez del Contrato No. 11005352023.

El Contratista ha desarrollado las obligaciones objeto del CONTRATO con total independencia y autonomía, frente a la Asociación Profesionales de Colombia, razón por la cual no constituye vínculo laboral alguno, ni da lugar a ninguna clase de Prestaciones Sociales de conformidad con lo establecido por la Normatividad Vigente.

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI NO X a partir de la fecha Día Mes Año 2023 en constancia:

Firma _____ CC _____

Autorizo me sea descontada la suma de:

APORTES FONDO	0
PRESTAMOS	0
OTROS DESCUENTOS Apoyo Campaña	0
TOTAL, DESCUENTOS	0

TOTAL, A PAGAR DESPUES DE DESCUENTOS: (\$2.680.358) Dos Millones Seiscientos Ochenta Mil Trescientos Cincuenta y Ocho Pesos M/CTE. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Emilse Rojas A.

Emilce Rojas Aguilar

Coordinador

C.C. 52.278.676

Atentamente,

Aprobado por:

ANA ROCIO QUIROZ MANRIQUE

Representante legal

C.C.52.339.600

Johanna A. Contreras M

JOHANNA ANDREA CONTRERAS MARÍN

C.C.53.077.091

Dirección: CLL 2# 93D-30 / 321 4207614 / correo: andreco85@gmail.com

20

PROGRAMA	DIME GESTANDO FUTURO SABA
NOMBRE	ANOREA CONTRERAS
CARGO	NUTRICIONISTA
PERIODO Y FECHA	FEBRERO

PERIODO Y FECHA		FOLIO						
FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISIÓN	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCIÓN	2	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias según la fase diagnóstica, con las 9 UAS delegadas	1.1 Planeación cargada al drive 1.2 Acta de proceso con listados de asistencias en físico y digital. 1.3 Alimentar carpetas contractuales según estándar 1.4. Croograma de atención Grupal que evidencie la atención a las 9 UAS	35%	8/03/23	✓		2.1 OK 12 OK 1.3 OK 14 OK
		2. Realiza toma de medidas antropométricas a cada niña, niño y mujer gestante y hacer seguimiento a los resultados. De los Grupos delegados para un total de 150 participantes.	2. Formato Captura de Datos Antropométricos y el Formato Captura Datos Mujeres Gestantes y en el sistema de información Cuéntame.	31%	8/03/23	✓		2. OK
		3. Cargar a la plataforma Cuéntame los datos correspondientes a las tomas iniciales, de los 150 participantes asignados.	3. Informe Registro de información CUENTAME	10%	8/03/23	✓		3. OK
		4. Complementar y adecuar, el documento preexistente de "plan de saneamiento" acorde a las condiciones de la sede de atención y el contexto de la UDS.	4. Documento de "Plan de Saneamiento" Anexo	5%	8/03/23	✓		4 OK
		5. Complementar y adecuar, el documento preexistente de Documento de las "buenas prácticas de manufactura (BPM)", acorde a las condiciones de la sede de atención y el contexto de la UDS	5. Documento de "BPM" 5.1. Anexo: Físico y escáner las diferentes formatos de desinfección (Correspondientes a Febrero)	5%	8/03/23	✓		5 OK
		6. Verificar, validar, y actualizar equipos antropométricos y nutricionales garantizando el cumplimiento de los requerimientos técnicos	*6. Hoja de Vida de los equipos *6.1. Fichas Técnicas *6.2. Soporte de Calibración	2%	8/03/23	✓		6. OK 61 OK 62 OK
		7. Realizar seguimiento, solicitud y verificación correspondientes a los procesos requeridos para actualización de: Visita Concepto Sanitario Lavado de tanques y Fumigación Revisión, actualización y solicitud de elementos de botiquín	7. Solicitud y seguimiento Visita SDS 7.1. Cotización, cronograma y verificación de soportes (Fumigación, Lavado de tanques) 7.2. Solicitud de elementos de Botiquín, en el formato construido para tal fin	2%	8/03/23	✓		7. OK 71 OK 72 OK
		8. Acompañar y apoyar la entrega de RFPP, Refrigerios y Bienestarina	8. Formatos: 8.1 Entrega de bienestarina, 8.2 Entrega de Refrigerios 8.3. Entrega de RFPP	5%	8/03/23	✓		8 OK 81 OK 82 OK 83 OK
		9. Informe de gestión mensual en el formato 18 contractual y general de acciones	9. Formato de Informe – Enviado por Coordinación Drive	5%	8/3/23	✓		9 OK
TOTAL				100%				

FIRMA CONTRATISTA	ANOREA C.
NOMBRE:	ANOREA CONTRERAS
C.C.	53.037.091

FIRMA COORDINADORA	Emilse R
NOMBRE:	Emilse Rojas A
C.C.	52278676

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 53.077.091

CONTRERAS MARIN

APELLIDOS

JOHANNA ANDREA

NOMBRES

Johanna Marin
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

10-NOV-1985

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

14-NOV-2003 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GARCIA VACHA



A-1500150-00304317-F-0053077091-20160323

0349040819A 1

1713838842

		Formulario del Registro Único Tributario		001	
2. Concepto 02 Actualización		4. Número de formulario		14744122994	
		 (415)7707212489984(8020) 000001474412299 4			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 5 3 0 7 7 0 9 1 4		6. DV 4		12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá	
14. Buzón electrónico 3 2					
IDENTIFICACIÓN					
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida 2		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3		26. Número de identificación 5 3 0 7 7 0 9 1	
27. Fecha expedición 2 0 0 3, 1 1, 1 4		28. País COLOMBIA 1 6 9		29. Departamento Bogotá D.C. 1 1	
30. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C. 0 0 1		31. Primer apellido CONTRERAS		32. Segundo apellido MARIN	
33. Primer nombre JOHANNA		34. Otros nombres ANDREA		35. Razón social	
36. Nombre comercial		37. Siglo		38. Ubicación	
39. País COLOMBIA 1 6 9		40. Departamento Bogotá D.C. 1 1		41. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C. 0 0 1	
42. Correo electrónico andrec85@gmail.com					
43. Código postal		44. Teléfono 1 7 3 5 6 4 6 3		45. Teléfono 2 3 2 1 4 2 0 7 6 1 4	
CLASIFICACIÓN					
Actividad económica		Ocupación		52. Número establecimientos	
46. Código 8 6 9 2		47. Fecha inicio actividad 2 0 1 2, 0 7, 2 7		48. Código 1 2	
49. Fecha inicio actividad		50. Código		51. Código	
Responsabilidades, Calidades y Atributos					
53. Código 4 9					
49 - No responsable de IVA					
Obligados aduaneros		Exportadores			
54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20		55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3 57. Modo 58. CPC			
IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación					
Para uso exclusivo de la DIAN					
59. Anexos SI ☐ NO ☒		60. No. de Folios: 0		61. Fecha 2023 - 01 - 29 / 17 : 03: 11	
La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso. Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016 Firma del solicitante:		Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice. Firma autorizada: 994. Nombre CONTRERAS MARIN JOHANNA ANDREA 985. Cargo CONTRIBUYENTE			
Fecha generación documento PDF: 29-01-2023 05:06:37PM					

28 de febrero del 2023, Bogotá D.C

Señores:

Asociación Profesionales de Colombia

Área Financiera

Reciban un cordial saludo de mi parte, por medio de la presente comunico que por motivos personales no me es posible tener activa cuenta con el Banco de Bogotá, por tanto, solicito se relacione la siguiente cuenta de ahorros para pagos de mis Honorarios:

CUENTA DE AHORROS

BANCO DE BOGOTA

033267592

CC. 1.098.619.826

Atentamente,



Johanna Andrea Contreras Marín

CC. 53.077.091

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que LUZ ADRIANA ROCHA ALMANZA, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 1.098.619.826 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 033267592, abierta/o desde el 24/2/2022.

Se expide en Bogotá el día 13 del mes de Marzo del año 2023 con destino a: Asociación profesionales de Colombia

Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO



WWW.BANCODEBOGOTA.COM

Nóminas, Proveedores y Libranzas

Empresa: ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA
Tipo Identificación: NIT Persona Jurídica **No. Identificación:** 8301079851
Generado por: ANA QUIROZ

A continuación el detalle de: Resultado - Crear

No. Autorización 12101190 **Fecha de Emisión** 2023/03/24

Origen

Tipo Producto Cuenta Ahorros
Nombre Producto Origen CAH6354 **No. Producto** *****6354
Fecha Pago 2023/03/24

Destino

Tipo Identificación Cédula de Ciudadanía
No. Identificación 1098619826
Beneficiario LUZ ADRIANA ROCHA
Valor a Pagar \$2,680,358.00
Entidad Financiera Banco de Bogotá
Tipo Producto Cuenta Ahorros
Producto Destino 033267592
Tipo Pago NOMINA
Referencia / No. Factura
Información Adicional 0680000000000PINF
Estado En Proceso



Importante: Una vez finalizada esta transacción, por favor verifique el débito en la cuenta origen, antes de intentar realizarla nuevamente.

* La tarifa de esta transacción depende del acuerdo que tenga establecido con el Banco

Ciudad: Bogotá

Mes: Febrero

Día: 28

Año: 2023

CUENTA DE COBRO No. 01

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA

NIT 830.107.985-1

DEBE A: ANGELA LILIANA CARO PULIDO

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS

No. APC2023-DIMF KENNEDY-CON018

NOMBRE: ANGELA LILIANA CARO PULIDO

CEDULA: 52.750.469

CUENTA BANCARIA: 060375193 BANCO: BOGOTA AHORRO X CORRIENTE

LA SUMA DE: (\$1'969.612) UN MILLÓN NOVECIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL

SEISCIENTOS DOCE PESOS M/Cte.

PERIODO: 1 al 28 Febrero

CONCEPTO: Apoyo Pedagógico – DIMF Kennedy CTO # 11005322023, Cupos 50

El Contratista ha desarrollado las obligaciones objeto del CONTRATO con total independencia y autonomía, frente a la Asociación Profesionales de Colombia, razón por la cual no constituye vínculo laboral alguno, ni da lugar a ninguna clase de Prestaciones Sociales de conformidad con lo establecido por la Normatividad Vigente.

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI X NO a partir de la fecha Día 1 Mes 02 Año 2023 en constancia: ANGELA LILIANA CARO PULIDO

Firmo

Autorizo me sea descontada la suma de:

APORTES FONDO	200.000
PRESTAMOS	0
OTROS DESCUENTOS (intereses):	0
TOTAL, DESCUENTOS	200.000

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: (\$1.769.612) Un millón setecientos sesenta y nueve mil seiscientos doce pesos M/Cte. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Emilce

Emilce Rojas Aguilar
Coordinador UDS Periodistas
C.C. 52.278.676

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

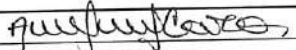
Angel Karito
NOMBRE: Angela Liliana Caro Pulido
C.C. 52.750.469
Correo: angelkarito3350@gmail.com
Dirección: Carrera 78F N° 0-33
Teléfono: 318-3940086

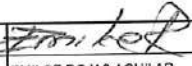
NOTA: Se debe anexar planilla de pago de los Aportes a Salud, Pensión y ARL, del mes vencido y productos del mes según certificación de cumplimiento.

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO POR CARGO
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
CTO # 1100/532/2023

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	ANGELA LILIANA CARO PULIDO
CARGO	APOYO PEDAGOGICO UDS
PERIODO y FECHA	FEBRERO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	APOYO PEDAGOGIO :			
					FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
Tore de atencion	1	2. Organizar, archivar y digitalizar la documentación requerida para la formalización del cupo del GA (50)	2.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 2.2 Acomodación de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 2.3 Digitalización de cada uno de los documentos de los participantes del GA 2.4 Cargue de los documentos al drive correspondiente al GT, opcional, o dar a conocer avances 2.5 Archivo de los documentos en las carpetas respectivas	25%	1/03/2023	✓		2.1 ✓ 2.2 ✓ 2.3 ✓ 2.4 ✓ 2.5 ✓
		3. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 40 minutos de formación (DIMF)	3.1 Desarrollo los 15 encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atención correspondiente. Formato Verificación condiciones de habitabilidad (Criterios de focalización)	35%	1/03/2023	✓		3.1 ✓
		4. Apoyar el proceso de digitalización de la información física que se requiera según las indicaciones y el protocolo de archivo, y elaboración de directorio por GA (50)	4.1 Directorio, de las 50ta familias vinculadas.	20%	1/03/2023	✓		4.1 ✓
		5. Entrega de Raciones	5.1 Formato RPP 5.1 Fotografías uno a uno de la entrega de RPP - en power Point	20%	1/03/2023	✓		5.1 OK 5.1 OK
		TOTAL		100%				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	ANGELA LILIANA CARO PULIDO
C.C.	52750469

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	EMILCE ROJAS AGUILAR
C.C.	52278676

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que ANGELA CARO, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 52.750.469 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 060375193, abierta/o desde el 31/1/2023, con saldo a la fecha de: \$ 0

Se expide en Bogotá el día 1 del mes de Febrero del año 2023 con destino a: Angela Liliana Caro



Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **04-OCT-1984**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO
1.62 **O+**

ESTATURA G.S. RH

16-OCT-2002 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

F
SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-1500150-00969263-F-0052750469-20180116

0059142261A 1

1644730274

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **52.750.469**

CARO PULIDO

APELLIDOS

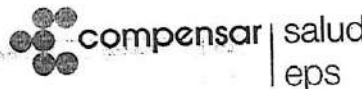
ANGELA LILIANA

NOMBRES

FIRMA



FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES
DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD



5. de Radicación: [] Fecha Radicación: []

DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite: [] 2. Tipo de Afiliación: [] 3. Régimen: [] 4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [] B. Cabeza de familia [] C. Beneficiario []

A. Individual: [] B. Colectiva [] A. Contributivo [] B. Subsidado [] 5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [] B. Independiente [] C. Pensionado []

3. Reporte de novedades: [] C. Institucional [] D. De oficio []

Código (a registrar por la EPS): []

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres: [] 7. Tipo de documento de identidad: [] 8. Número de documento de identidad: [] 9. Sexo: [] 10. Fecha de nacimiento: []

11. Etnia: [] 12. Discapacidad: [] 13. Puntaje SISBÉN: [] 14. Grupo de población especial: [] 15. Administradora de riesgos laborales - ARL: [] 16. Administradora de pensiones: []

17. Ingreso base de cotización - IBC: [] 18. Residencia: [] 19. Zona: [] 20. Tipo de documento de identidad: [] 21. Número de documento de identidad: [] 22. Sexo: [] 23. Fecha de nacimiento: []

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres: [] 20. Tipo de documento de identidad: [] 21. Número de documento de identidad: [] 22. Sexo: [] 23. Fecha de nacimiento: []

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres: [] 25. Tipo de documento de identidad: [] 26. Número de documento de identidad: [] 27. Sexo: []

28. Fecha de nacimiento: [] 29. Parentesco: [] 30. Etnia: [] 31. Discapacidad: [] 32. Datos de residencia: [] 33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS): []

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

34. Tipo de institución prestadora de servicios de salud - IPS: [] 35. Nombre o razón social: [] 36. Tipo de documento de identificación: []

37. Número del documento de identificación: [] 38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS): []

39. Ubicación: []

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad: [] 1. Modificación datos básicos de identificación: [] 2. Corrección datos básicos de identificación: [] 3. Actualización documento de identidad: [] 4. Actualización y corrección de datos complementarios: [] 5. Terminación de la inscripción en la EPS: [] 6. Reinscripción en la EPS: []

7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales: [] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales: [] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar: [] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando: [] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas: [] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas: []

13. Movilidad: [] A. Régimen Contributivo [] B. Régimen Subsidado [] 14. Traslado: [] A. Mismo Régimen [] B. Diferente Régimen [] 15. Reporte por fallecimiento: [] 16. Reporte del trámite de protección al cesante: [] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado: [] 18. Reporte de la calidad de Pensionado: []

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación: [] 42. Fecha: [] 43. EPS anterior: [] 44. Motivo de traslado: [] 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones: []

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: [] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción: [] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impidan la entrega de documentos que acrediten la condición de beneficiarios: [] 49. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud: [] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales: []

51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran: [] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013: [] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto: []

VIII. FIRMAS

54. Firmas de los beneficiarios o afiliados adicionales: [] 55. Firmas de los beneficiarios o afiliados adicionales: []

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [] Cant. [] RC [] Cant. [] TI [] Cant. [] CC [] Cant. [] PA [] Cant. [] CE [] Cant. [] CD [] Cant. []

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente: [] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital: [] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital: [] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor: []

61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo: [] 62. Documento en que conste la pérdida de la potestad de representación de los padres o la declaración suscrita por el cotizante o cabeza de familia: [] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la entidad autorizada: [] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas: [] 65. Copia del acto administrativo o providencia de la entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas: []

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial: [] 67. Datos del SISBÉN: [] 68. Fecha de radicación: [] 69. Fecha de validación: []

70. Datos del funcionario que realiza la validación: [] 71. Firma del funcionario: []

OBSERVACIONES: []

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario

14892801258



(415)7707212489984(8020) 000001489280125 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

5 2 7 5 0 4 6 9

7

Impuestos de Bogotá

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

5 2 7 5 0 4 6 9

27. Fecha expedición

2 0 0 2, 1 0, 1 6

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

CARO

32. Segundo apellido

PULIDO

33. Primer nombre

ANGELA

34. Otros nombres

LILIANA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CR 78 F 0 33

42. Correo electrónico

deivyfernando@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 8 3 9 4 0 0 8 6

45. Teléfono 2

3 1 7 7 7 5 1 5 9 7

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

8 5 6 0

47. Fecha inicio actividad

2 0 2 2, 0 3, 1 0

Actividad secundaria

48. Código

8 2 9 9

49. Fecha inicio actividad

2 0 1 5, 0 5, 2 9

Otras actividades

50. Código

1

2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código

4 9

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

54. Código

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

Exportadores

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

X

60. No. de Folios:

0

61. Fecha

2023 - 02 - 01 / 10 : 24 : 21

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.

Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre

CARO PULIDO ANGELA LILIANA

985. Cargo

CONTRIBUYENTE

Digitally signed by COMPANIA
MUNDIAL DE SEGUROS S A
Date: 2023.02.22 21:23:01 -05:00

COMPANHIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.
DIRECCION GENERAL CALLE 33 N. 6B - 24 PISOS 1.2 Y 3 - BOGOTA
TELÉFONO: 2855600 FAX 2851220 - WWW.SEGUROSNUMUNDIAL.COM.CO

ANEXO DE MODIFICACION DE POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO

EN FAVOR DE ENTIDADES PARTICULARES

VERSIÓN CLAUSULADO 06-04-2021-1317-P-05-PPSUS2R000000065-D001

Código de Seguridad: 8crPZ7y89/JW4FU792WoJQ==

No. PÓLIZA COQ-10000029		No. ANEXO 1		No. CERTIFICADO 532000039		No. RIESGO	
TIPO DE DOCUMENTO		FECHA DE EXPEDICIÓN 22/02/2023		SUC. EXPEDIDORA CEN ORINOQUIA			
VIGENCIA DESDE		VIGENCIA HASTA		DÍAS		VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE	
00:00 Horas Del 02/02/2023		24:00 Horas Del 31/12/2023				N/A	
						N/A	
TOMADOR		CARO PULIDO, ANGELA LILIANA				No. DOC. IDENTIDAD 52.750.469	
DIRECCIÓN		KRA 78 F 0-33				TELÉFONO 3183940086	
ASEGURADO		ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA				No. DOC. IDENTIDAD 830.107.985-1	
DIRECCIÓN		CLL 95 # 68 F 24				TELÉFONO 3102502165	
BENEFICIARIO		ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA				No. DOC. IDENTIDAD 830.107.985-1	
DIRECCIÓN		CLL 95 # 68 F 24				TELÉFONO 3102502165	

OBJETO DE CONTRATO

SE MODIFICA EL TEXTO
GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO
NO.APC2023-DIMFKENNY-CON018 , CUYO OBJETO ES

EL CONTRATISTA EN SU CALIDAD DE TRABAJADOR INDEPENDIENTE SE OBLIGA CON EL CONTRATANTE A PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO APOYO PEDAGÓGICO MARCO DEL CONTRATO DE APOORTE SUSCRITO CON EL ICBF PARA LA INSTITUCIÓN DEL CDI DIMF

NOMBRE DEL AMPARO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA\$	VALOR PRIMAS
CUMPLIMIENTO	00:00 Horas Del 02/02/2023	24:00 Horas Del 31/12/2023	3.532.170,80	0,00
CALIDAD DEL SERVICIO	00:00 Horas Del 02/02/2023	24:00 Horas Del 31/12/2023	1.766.085,40	0,00
TOTAL ASEGURADO		\$	5.298.256,20	

INTERMEDIARIOS	TIPO	% PARTICIPACIÓN
ASESORIAS Y SOLUCIONES M&M LTDA	AGENCIAS	100,00

DISTRIBUCIÓN COASEGURO				
COMPANIA	TIPO COASEGURO	POLIZA LIDER	CERTIF. LIDER	% PARTICIPACIÓN

PRIMA BRUTA	\$	0,00
DESCUENTOS	\$	
EXTRA PRIMA		
PRIMA NETA	\$	0,00
GASTOS EXP.	\$	0,00
IVA	\$	0,00
TOTAL A PAGAR	\$	0,00

CONVENIO DE PAGO DIRECTO EFECTIVO, Fecha de Pago: 22/02/2023

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

ES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO DILIGENCIAR EL FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE, SUMINISTRAR INFORMACIÓN VERAZ Y VERIFICABLE Y REALIZAR ACTUALIZACIÓN DE DATOS POR LO MENOS ANUALMENTE (CIRCULAR EXTERNA 026 DE 2008 SUPERFINANCIERA).

CONSULTA LA AUTENTICIDAD DE ESTA PÓLIZA INGRESANDO A PRODUCTOS.MUNDIALSEGUROS.COM.CO DIGITA EL CÓDIGO DE SEGURIDAD QUE ENCUENTRAS EN LA PARTE SUPERIOR DE ESTE DOCUMENTO Y VIVE LA EXPERIENCIA DE ESTAR ASEGURADO CON EL RESPALDO DE SEGUROS MUNDIAL. TAMBIÉN PUEDES LLAMAR A LA LÍNEA NACIONAL 01 8000 111 935 - 327 47 12/13

EL TOMADOR Y/O ASEGURADO SEGÚN CORRESPONDA, SE COMPROMETE A PAGAR LA PRIMA DENTRO DE LOS 30 DÍAS CONTADOS A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1058 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, MODIFICADO POR EL ARTÍCULO 82 DE LA LEY 45 DE 1990, LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PRESENTE PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA.

EN MI CALIDAD COMO TOMADOR DE LA PÓLIZA INDICADA EN ESTA CARATULA, MANIFIESTO EXPRESAMENTE QUE HE TENIDO A MI DISPOSICIÓN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA MANIFIESTO ADEMÁS, QUE DURANTE EL PROCESO DE NEGOCIACIÓN, ANTICIPADAMENTE ME HAN SIDO EXPLICADAS POR LA COMPAÑÍA Y/O POR EL INTERMEDIARIOS DE SEGUROS AQUÍ INDICADO, SOBRE LAS EXCLUSIONES Y ALCANCES Y CONTENIDOS DE LA COBERTURA, ASÍ COMO LAS GARANTÍAS, EN VIRTUD DE TAL ENTENDIMIENTO, LAS ACEPTO Y DECIDO TOMARLA PÓLIZA DE SEGUROS CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO.

Firma Autorizada - Compañía Mundial Seguro S.A.

TOMADOR

Lineas de Atención al Cliente:

■ Nacional: 01 8000 111 935

• Bogotá: 327 4712 - 327 4713

Cumplimos los sueños de nuestro planeta reciclando responsablemente.
Protege el medio ambiente evitando la impresión de este documento.

HOJA No.



LA COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A

CERTIFICA:

Que la garantía de Cumplimiento contenida en la póliza COQ-100000029 y endoso, 1 cuyo afianzado es: CARO PULIDO, ANGELA LILIANA Asegurado o Beneficiario: ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA / ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA, expedida por la Compañía en 22/02/2023, no expirará por falta de pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella o por revocación unilateral por parte del Tomador o de la Compañía.

CEN ORINOQUIA a los 22 días del mes FEBRERO del año 2023.



Firma Autorizada - Compañía Mundial de Seguros S.A.



Ciudad: Bogotá

Mes: Febrero

Día: 28

Año: 2023

CUENTA DE COBRO No. 02

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A: LUZ MARINA DIAZ CORREDOR

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2023-DIMF KENNEDY-CON037

NOMBRE: LUZ MARINA DIAZ CORREDOR

CEDULA: 51.746.897

CUENTA BANCARIA: 060375912 **BANCO:** BOGOTA **AHORRO** X **CORRIENTE** ____

LA SUMA DE: (\$1'969.612) UN MILLON NOVECIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL

SEISCIENTOS DOCE PESOS M/Cte.

PERIODO: 1 al 28 Febrero

CONCEPTO: Apoyo Pedagógico – DIMF Kennedy CTO # 11005322023, Cupos 50

El Contratista ha desarrollado las obligaciones objeto del CONTRATO con total independencia y autonomía, frente a la Asociación Profesionales de Colombia, razón por la cual no constituye vínculo laboral alguno, ni da lugar a ninguna clase de Prestaciones Sociales de conformidad con lo establecido por la Normatividad Vigente.

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI X NO ____ a partir de la fecha Día Mes Año en constancia:

Firmo _____

Autorizo me sea descontada la suma de:

APORTES FONDO	200.000
PRESTAMOS	0
OTROS DESCUENTOS (intereses):	0
TOTAL, DESCUENTOS	200.000

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: (\$1.769.612) Un millón setecientos sesenta y nueve mil seiscientos doce pesos M/Cte. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:



Emilce Rojas Aguilar
Coordinador UDS Periodistas
C.C. 52.278.676

Aprobado por:


Ana Bodo Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,



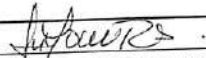
NOMBRE: Luz Marina Diaz Corredor
C.C. 51.746.897
Correo: elvimar64@hotmail.com
Dirección: Carrera 75 N° 36-43 sur
Teléfono: 322-6045363

NOTA: Se debe anexar planilla de pago de los Aportes a Salud, Pensión y ARL, del mes vencido y productos del mes según certificación de cumplimiento.

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO POR CARGO
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
CTO # 1100/532/2023

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	LUZ MARINA DIAZ CORREDOR
CARGO	APOYO PEDAGOGICO UDS
PERIODO y FECHA	FEBRERO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	APOYO PEDAGOGIO:			
					FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
Fase de atención	2	2. Organizar, archivar y digitalizar la documentacion requerida para la formalizacion del cupo del GA (50)	2.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 2.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 2.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA 2.4 Cargue de los documentos al drive correspondiente al GT, opcional, o dar a conocer avances 2.5 Archivo de los documentos en las carpetas respectivas	25%	1-03-2023	✓		2. OK.
		3. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 40 minutos de formación (DIMF)	3.1 Desarrollo los 15 encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atención correspondiente. Formato Verificación condiciones de habitabilidad (Criterios de focalización).	35%	1-03-2023	✓		3 OK
		4. Apoyar el proceso de digitalización de la información física que se requiera según las indicaciones y el protocolo de archivo, y elaboración de directorio por GA (50)	4.1 Directorio, de las 50ta familias vinculadas.	20%	1-03-2023	✓		4 OK
		5. Entrega de Raciones	5.1 Formato RPP 5.1 Fotografías uno a uno de la entrega de RPP - en power Point	20%	1-03-2023	✓		5 OK.
		TOTAL		100%				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	LUZ MARINA DIAZ CORREDOR
C.C.	51746897

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	EMILCE ROJAS AGUILAR
C.C.	52276676

EL BANCO DE BOGOTÁ

INFORMA:

Que la persona LUZ MARINA DIAZ CORREDOR identificado(a) con CC 51746897 esta vinculado(a) al BANCO DE BOGOTÁ a través de la CTA AHORROS No. 060375912 desde el 13 de febrero de 2023, este producto se encuentra Vigente.

Esta información es confidencial, no es una recomendación de negocio y se suministra sin responsabilidad del banco, se expide el 13 de febrero de 2023, a solicitud del interesado, con destino a quien interese.

Atentamente,



Olga Yanira Otálora Guerrero

Gerencia de Soluciones para el Cliente

Banco de Bogotá

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **51746897**

DIAZ CORREDOR

ARELLIDOS

LUZ MARINA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

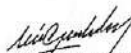
FECHA DE NACIMIENTO **21-NOV-1964**
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

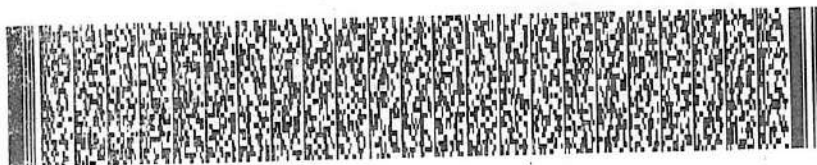
1.52
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

28-FEB-1983 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION


REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR



A-1500108-45103261-F-0051746897-20020612

0645002162A 02 113718404

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Nº de Radicación: 10802-1072-204
Fecha de Radicación: 10/02/2024

I. DATOS DEL TRÁMITE
 1. Tipo de trámite: A. Afiliación
 2. Tipo de afiliación: A. Individual
 3. Régimen: A. Contributivo
 4. Tipo de afiliado: A. Cabeza de familia
 5. Tipo de cotizante: A. Dependiente
 6. Tipo de cotización: A. Dependiente

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)
 7. Apellidos y nombres: CORREA
 8. Número de documento de identidad: 91740297
 9. Sexo: Femenino
 10. Fecha de nacimiento: 21/11/1964
 11. Etnia: Mestizo
 12. Discapacidad: No
 13. Puntaje SISBEN: 1
 14. Grupo de población especial: No
 15. Administradora de riesgos laborales - ARL: SURA
 16. Administradora de pensiones: PENSIONES

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)
 17. Ingreso base de cotización - IBC: 1.400.000
 18. Residencia: BOCOMA
 19. Zona: Urbana
 20. Departamento: BOGOTÁ
 21. Fecha de nacimiento: 21/11/1964

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)
 22. Apellidos y nombres: BOCOMA
 23. Número de documento de identidad: 91740297
 24. Sexo: Femenino
 25. Fecha de nacimiento: 21/11/1964

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO
 26. Apellidos y nombres: BOCOMA
 27. Número de documento de identidad: 91740297
 28. Sexo: Femenino
 29. Fecha de nacimiento: 21/11/1964

VI. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO
 30. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS: 1015
 31. Código de la IPS: 1015
 32. Nombre o razón social: 1015
 33. Número del documento de identificación: 1015
 34. Tipo de afiliación: 1015

VII. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD
 35. Tipo de documento de identidad: 1015
 36. Número de documento de identidad: 1015
 37. Sexo: Femenino
 38. Fecha de nacimiento: 21/11/1964

VIII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES
 39. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
 40. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
 41. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
 42. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
 43. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.

IX. ANEXOS
 44. Anexo copia del documento de identidad: CN [] Cant [] RC [] Cant [] TI [] Cant [] CC [] Cant [] PA [] Cant [] CE [] Cant []
 45. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
 46. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
 47. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
 48. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL
 49. Identificación de la entidad Territorial: Código del municipio: Código del departamento: Número de la ficha: Puntaje: Nivel: Fecha de radicación: Fecha de validación:

2. Concepto ☐ 0 ☒ 2 Actualización

4. Número de formulario

14892899587



5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional
Impuestos de Bogotá

5 1 7 4 6 8 9 7

7

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

25. Tipo de documento

26. Número de identificación

27. Fecha expedición

Persona natural o sucesión ilíquida

2

Cédula de ciudadanía

1 3

5 1 7 4 6 8 9 7

1 9 8 3 0 2 2 8

Lugar de expedición

28. País

29. Departamento

30. Ciudad/municipio

0 0 1

COLOMBIA

1 6 9

Bogotá D.C.

1 1

Bogotá, D.C.

31. Primer apellido

32. Segundo apellido

33. Primer nombre

34. Otros nombres

DIAZ

CORREDOR

LUZ

MARINA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

39. Departamento

40. Ciudad/Municipio

0 0 1

COLOMBIA

1 6 9

Bogotá D.C.

1 1

Bogotá, D.C.

41. Dirección principal

CR 75 36 43 BRR KENNEDY

42. Correo electrónico

elvimar64@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 2 2 6 0 4 5 3 6 3

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

Actividad secundaria

Otras actividades

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

50. Código

1

2

51. Código

52. Número establecimientos
0

8 5 1 1 | 2 0 2 3 0 2 0 1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 2 0

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

Exportadores

54. Código

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

☒

60. No. de folios

0

61. Fecha

2023-02-01/14:22:02

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016.
Firma del solicitante

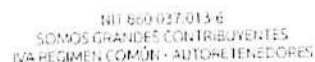
Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada

984. Nombre

TOCANCHON PEÑA MARTHA CECILIA

985. Cargo

Gestor I



Código de Seguridad: UwGQV5USenEFSRHxOYbu4Q==

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO

EN EDICIÓN DE ENTIDADES PARTICULARES

VERSIÓN CLAUSULADO 06-04-2021-1317-P-05-PPSUS2R0000000065-D001

No. PÓLIZA		CQ-10000034		No. ANEXO		0		No. CERTIFICADO		532000041		No. RIESGO			
TIPO DE DOCUMENTO								FECHA DE EXPEDICIÓN		23/02/2023		SUC. EXPEDIDORA		CEN ORINOQUIA	
VIGENCIA DESDE		VIGENCIA HASTA		DÍAS		VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE				VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA					
00:00 Horas De l		01/02/2023		24:00 Horas De l		31/12/2023				N/A		N/A		N/A	
TOMADOR		DIAZ CORREDOR, LUZ MARINA										No. DOC. IDENTIDAD		51.746.897	
DIRECCION		KRA 75# 36 - 43 SUR KENNEDY										TELÉFONO		3226045363	
ASEGURADO		ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA										No. DOC. IDENTIDAD		830.107.985-1	
DIRECCIÓN		CLL 95 # 68 F 24										TELÉFONO		3102502165	
BENEFICIARIO		ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA										No. DOC. IDENTIDAD		830.107.985-1	
DIRECCIÓN		CLL 95 # 68 F 24										TELÉFONO		3102502165	

OBJETO DE CONTRATO

GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO NO.APC2023-DIMKENNY-CON037 , CUYO OBJETO ES

EL CONTRATISTA EN SU CALIDAD DE TRABAJADOR INDEPENDIENTE SE OBLIGA CON EL CONTRATANTE A PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO APOYO PEDAGÓGICO EN EL MARCO DEL CONTRATO DE APOORTE SUSCRITO CON EL ICBF PARA LA INSTITUCIÓN DEL CDI DIMF

[illegible]

INTERMEDIARIOS		TIPO	% PARTICIPACIÓN
ASESORIAS Y SOLUCIONES H&M LTDA		AGENCIAS	100,00

DISTRIBUCIÓN COASEGURO				
COMPANIA	TIPO COASEGURO	PÓLIZA LÍDER	CERTIF. LÍDER	% PARTICIPACIÓN

PRIMA BRUTA	\$	20.000,00
DESCUENTOS	\$	
EXTRA PRIMA		
PRIMA NETA	\$	20.000,00
GASTOS EXP.	\$	5.000,00
IVA	\$	4.750,00
TOTAL A PAGAR	\$	29.750,00

ES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO DILIGENCIAR EL FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE, SUMINISTRAR INFORMACIÓN VERAZ Y VERIFICABLE Y REALIZAR ACTUALIZACIÓN DE DATOS POR LO MENOS ANUAL MENTE (CIRCULAR EXTERNA 026 DE 2008 SUPERFINANCIERA).

CONSULTA LA AUTENTICIDAD DE ESTA PÓLIZA INGRESANDO A PRODUCTOS.MUNDIALSEGUROS.COM.CO DIGITA EL CÓDIGO DE SEGURIDAD QUE ENCUENTRAS EN LA PARTE SUPERIOR DE ESTE DOCUMENTO Y VIVE LA EXPERIENCIA DE ESTAR ASEGURADO CON EL RESPALDO DE SEGUROS MUNDIAL TAMBIÉN PUEDES LLAMAR A LA LÍNEA NACIONAL 01 8000 111 935 - 327 47 12/13

EL TOMADOR Y/O ASEGURADO SEGÚN CORRESPONDA, SE COMPROMETE A PAGAR LA PRIMA DENTRO DE LOS 30 DÍAS CONTADOS A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1058 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, MODIFICADO POR EL ARTÍCULO 82 DE LA LEY 45 DE 1990, LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PRESENTE PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA. MANIFIESTO EXPRESAMENTE QUE HE TENIDO A MI DISPOSICIÓN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA EN MI CALIDAD COMO TOMADOR DE LA PÓLIZA INDICADA EN ESTA CARATULA, MANIFIESTO ADEMAS, QUE DURANTE EL PROCESO DE NEGOCIACIÓN, ANTECIPIADAMENTE ME HAN SIDO EXPLICADAS POR LA COMPAÑÍA Y/O POR EL INTERMEDIARIOS DE SEGUROS AQUÍ INDICADO, SOBRE LAS EXCLUSIONES Y ALCANCES Y CONTENIDOS DE LA COBERTURA, ASÍ COMO LAS GARANTÍAS, EN VIRTUD DE TAL ENTENDIMIENTO, LAS ACEPTO Y DECIDO TOMARLA PÓLIZA DE SEGUROS CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO.

Firma Autorizada - Compañía Mundial Seguro S.A.

TOMADOR

Lineas de Atención al Cliente:

• Nacional: 01 8000 111 935
• Bogotá: 327 4712 - 327 4713

Cumplimos los sueños de nuestro planeta reciclando responsablemente.
Protege el medio ambiente evitando la impresión de este documento.

HOJA No.

Ciudad: Bogotá

Mes: Febrero

Día: 28

Año: 2023

CUENTA DE COBRO No. 01

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A: LUZ OMAIRA SALAMANCA GUZMÁN

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2023- DIMFKENNEDY-CON054

NOMBRE: LUZ OMAIRA SALAMANCA GUZMÁN

CEDULA: 1.024.546.491

CUENTA BANCARIA: 450258918 **BANCO:** BOGOTA **AHORRO** X **CORRIENTE**

LA SUMA DE: (\$1.969.612) Un millón novecientos sesenta y nueve mil seiscientos doce pesos M/Cte.

PERIODO: 1 al 28 Febrero

CONCEPTO: Apoyo Pedagógico – DIMF Kennedy CTO # 11005322023, Cupos 50

El Contratista ha desarrollado las obligaciones objeto del CONTRATO con total independencia y autonomía, frente a la Asociación Profesionales de Colombia, razón por la cual no constituye vínculo laboral alguno, ni da lugar a ninguna clase de Prestaciones Sociales de conformidad con lo establecido por la Normatividad Vigente.

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI NO X a partir de la fecha Día Mes Año en constancia:

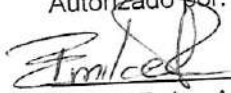
Firmo _____

Autorizo me sea descontada la suma de:

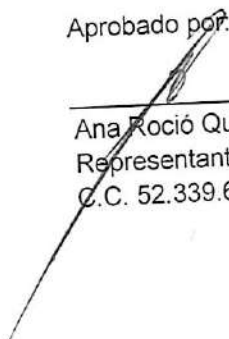
APORTES FONDO	0
PRESTAMOS	0
OTROS DESCUENTOS (intereses):	0
TOTAL, DESCUENTOS	0

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: (\$1.969.612) Un millón novecientos sesenta y nueve mil seiscientos doce pesos M/Cte. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

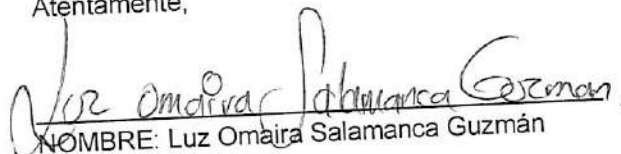
Autorizado por:


Emilce Rojas Aguilar
Coordinador UDS Periodistas
C.C. 52.278.676

Aprobado por:


Ana Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,


NOMBRE: Luz Omaira Salamanca Guzmán
C.C. 1.024.546.491
Correo: somaira1193@gmail.com
Dirección: Carrera 49 B N° 68G-12 sur
Teléfono: 302-2643427

NOTA: Se debe anexar planilla de pago de los Aportes a Salud, Pensión y ARL, del mes vencido y productos del mes según certificación de cumplimiento.

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO POR CARGO
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
CTO # 1100/532/2023

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	LUZ OMAIRA SALAMCA GUZMAN
CARGO	APOYO PEDAGOGICO UDS
PERIODO y FECHA	FEBRERO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	APOYO PEDAGOGICO:			
					FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
Fase de atención	1	2. Organizar, archivar y digitalizar la documentación requerida para la formalización del cupo del GA (50)	2.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 2.2 Acomodación de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 2.3 Digitalización de cada uno de los documentos de los participantes del GA 2.4 Cargue de los documentos al drive correspondiente al GT, opcional, o dar a conocer avances 2.5 Archivo de los documentos en las carpetas respectivas	25%	1/03/2023	✓		2.1 OK 2.2 OK 2.3 OK 2.4 OK 2.5 OK
		3. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 40 minutos de formación (DIMF)	3.1 Desarrollo los 15 encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atención correspondiente. Formato Verificación condiciones de habitabilidad (Criterios de focalización)	35%	1/03/2023	✓		3.1 OK
		4. Apoyar el proceso de digitalización de la información física que se requiera según las indicaciones y el protocolo de archivo, y elaboración de directorio por GA (50)	4.1 Directorio, de las 50ta familias vinculadas.	20%	1/03/2023	✓		4.1 OK
		5. Entrega de Raciones	5.1 Formato RPP 5.1 Fotografías uno a uno de la entrega de RPP - en power Point	20%	1/03/2023	✓		5.1 OK 5.2 OK
				TOTAL	100%			

FIRMA CONTRATISTA	<i>Luz Omaira Salamca</i>
NOMBRE:	LUZ OMAIRA SALAMCA GUZMAN
C.C.	1024546491

FIRMA COORDINADORA	<i>Emilce</i>
NOMBRE:	EMILCE ROJAS AGUILAR
C.C.	52278676

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que LUZ OMAIRA SALAMANCA GUZMAN, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 1.024.546.491 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 450258918, abierta/o desde el 31/1/2023.

Se expide en Bogotá el día 27 del mes de Febrero del año 2023 con destino a: Omaira salamanca



Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.024.546.491**

SALAMANCA GUZMAN

APELLIDOS

LUZ OMAIRA

NOMBRES

LUZ OMAIRA
SALAMANCA
GUZMAN



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-NOV-1993**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.62

O+

F

ESTATURA

G.S. RH

SEXO

29-NOV-2011 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P-1500150-00351705-F-1024546491-20111222

0028729622A 1

37555705

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



EPS Sanitas

Nuestro compromiso es contigo

NTY. 800.251.440-6

No. de Radicación

Fecha de Radicación

13/12/2012



166666299

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite A. Afiliación ☒ B. Reporte de Novedades		2. Tipo de Afiliación A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia B. Colectiva C. Institucional D. De Oficio		3. Régimen A. Contributivo ☒ B. Subsidiado
4. Tipo de Afiliado A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia C. Beneficiario		5. Tipo de Cotizante A. Dependiente B. Independiente ☒ C. Pensionado		Código (a registrar por la EPS) 03

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres Primer Apellido: Salamanca Segundo Apellido: Gomez Primer Nombre: Ju Segundo Nombre: ma		7. Tipo de documento de identidad CN TI CE CD RC CC ☒ PA SC	8. Número del documento de identidad 1024546491	9. Sexo Femenino ☒ Masculino	10. Fecha de nacimiento 23/11/1981
---	--	--	---	--	--

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

11. Etnia	12. Discapacidad Tipo F N M Condición T P	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL JURA		16. Administradora de Pensiones PURA	17. Ingreso base de cotización - IBC 1.160.000
18. Residencia Dirección: C/VAQUERÍA 18912501 Teléfono Celular: 3022043422 Correo Electrónico: SUMO1101172@unival.edu		Teléfono Fijo:	
Municipio / Distrito: POCOTA	Zona: Urbana ☒ Rural	Localidad / Comuna: J9	Departamento: Cundinamarca

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre:		20. Tipo de documento de identidad CN TI CE CD RC CC PA SC	21. Número del documento de identidad	22. Sexo Femenino Masculino	23. Fecha de nacimiento DD MM AAAA
---	--	---	--	---------------------------------------	--

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres		25. Tipo de documento de identidad		26. Número del documento de identidad		27. Sexo		28. Fecha de nacimiento		29. Parentesco	
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre								
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

Datos Complementarios

25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco
B1		Femenino Masculino	DD MM AAAA	
B2		Femenino Masculino	DD MM AAAA	
B3		Femenino Masculino	DD MM AAAA	
B4		Femenino Masculino	DD MM AAAA	
B5		Femenino Masculino	DD MM AAAA	

30. Etnia	31. Discapacidad	32. Datos de Residencia	33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)
	Tipo Condición	Municipio/Distrito Zona Departamento Teléfono Fijo y/o Celular	
B1	F N M T P	Urbana Rural	
B2	F N M T P	Urbana Rural	
B3	F N M T P	Urbana Rural	
B4	F N M T P	Urbana Rural	
B5	F N M T P	Urbana Rural	

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS C		Código de la IPS (a registrar por la EPS) 10799 / 68112
B		
B		
B		

-Original: EPS -1a Copia: EMPLEADOR -2a Copia: AFILIADO-

35. Nombre o razón social	36. Tipo documento de identificación NIT CC TI PA CE CD CD	37. Número del documento de identificación (la registrar por la EPS)	38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (la registrar por la EPS)
39. Ubicación Dirección	Municipio / Distrito		Departamento
Correo Electrónico	Teléfono Fijo		

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad ☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación. ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación. ☐ 3. Actualización del documento de identidad. ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios. ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código: <input type="text"/> ☐ 6. Reinscripción en la EPS. ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. ☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar. ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.	☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. ☐ 13. Movilidad: ☒ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado ☐ 14. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen ☐ 15. Reporte de fallecimiento. ☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante. ☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado. ☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado.
--	--

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación		Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	
Tipo de documento de identidad CN TI CE CD RC CC PA SC	Número del documento de identidad	Sexo Femenino Masculino	Fecha de nacimiento	42. Fecha

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
------------------	----------------------------------	--

VII. REQUERIMIENTOS Y AUTORIZACIONES

☐ 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. ☐ 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. ☐ 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impidan la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. ☐ 49. Declaración de no inscripción del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. ☐ 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. ☒ 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. ☒ 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1681 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. ☒ 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio
--	---

IX. ANEXOS

☒ 56. Anexo copia del documento de identidad. Cantidad: <input type="text"/> TOTAL: <input type="text"/> ☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. ☐ 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. ☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. ☐ 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. ☐ 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. ☐ 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. ☐ 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. ☐ 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. ☐ 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DEBECLIFICADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio / Código del Departamento	67. Datos del SISBEN Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de Radicación	69. Fecha de Validación
--	---	---------	-------	-------------------------	-------------------------

70. Datos del funcionario que realiza la validación Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento	Número de documento de identidad	71. Firma del Funcionario	

Observaciones:	EPSSantas OFICINA ZONA IV RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN POR LA EPS 18 FEB 2023 RECIBIDO POR:
----------------	---

2. Concepto **02** Actualización

4. Número de formulario

14900418437



(415)7707212489984(8020) 000001490041843 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)
1 0 2 4 5 4 6 4 9 1

6. DV

12. Dirección seccional
Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de identificación

1 0 2 4 5 4 6 4 9 1

27. Fecha expedición

2 0 1 1, 1 1, 2 9

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

SALAMANCA

32. Segundo apellido

GUZMAN

33. Primer nombre

LUZ

34. Otros nombres

OMAIRA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CR 49 B 68 G 12 SUR BRR CANDELARIA LA NUEVA

42. Correo electrónico bsalamancag@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 0 2 2 6 4 3 4 2 7

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

8 5 1 1

47. Fecha inicio actividad

2 0 2 3 0 2 0 1

Actividad secundaria

48. Código

4 3 3 0

49. Fecha inicio actividad

2 0 1 9 1 1 0 8

Otras actividades

1

2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código

4 9

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

54. Código

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

Exportadores

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

X

60. No. de Folios:

0

61. Fecha

2023 - 03 - 03 / 09 : 30: 50

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

964. Nombre

SALAMANCA GUZMAN LUZ OMAIRA

965. Cargo

CONTRIBUYENTE

Omaira Salamanca

No. PÓLIZA	COQ-100000024	No. ANEXO	0	No. CERTIFICADO	532000028	No. RIESGO	
TIPO DE DOCUMENTO		FECHA DE EXPEDICIÓN	22/02/2023	SUC. EXPEDIDORA	CEN ORINOQUIA		
VIGENCIA DESDE	00:00 Horas Del 03/02/2023	VIGENCIA HASTA	24:00 Horas Del 31/12/2023	VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE	N/A	VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA	N/A
TOMADOR	SALAMANCA GUZMAN, LUZ OHAIRA				No. DOC. IDENTIDAD	1.024.546.491	
DIRECCIÓN	CRA 49 B # 68 G 12 SUR				TELÉFONO	3022643427	
ASEGURADO	ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA				No. DOC. IDENTIDAD	830.107.985-1	
DIRECCIÓN	CLL 95 # 68 F 24				TELÉFONO	3102502165	
BENEFICIARIO	ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA				No. DOC. IDENTIDAD	830.107.985-1	
DIRECCIÓN	CLL 95 # 68 F 24				TELÉFONO	3102502165	

OBJETO DE CONTRATO

GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO NO.APC2023-DIMFKSUBA-CON054, CUYO OBJETO ES
EL CONTRATISTA EN SU CALIDAD DE TRABAJADOR INDEPENDIENTE SE OBLIGA CON EL CONTRATANTE A PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO YO PEDAGÓGICO EN EL MARCO DEL CONTRATO DE APOORTE SUSCRITO CON EL ICBF PARA LA INSTITUCIÓN DEL CDI

NOMBRE DEL AMPARO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADAS	VALOR PRIMAS
CUMPLIMIENTO	00:00 Horas Del 03/02/2023	24:00 Horas Del 31/12/2023	3.532.170,00	10.000,00
CALIDAD DEL SERVICIO	00:00 Horas Del 03/02/2023	24:00 Horas Del 31/12/2023	3.532.170,00	10.000,00
TOTAL ASEGURADO			\$ 7.064.341,60	

INTERMEDIARIOS	TIPO	% PARTICIPACIÓN
ASESORIAS Y SOLUCIONES M&M LTDA	AGENCIAS	100,00

COMPANIA	TIPO COASEGURO	POLIZA LIDER	CERTIF. LIDER	% PARTICIPACIÓN

PRIMA BRUTA	\$	20.000,00
DESCUENTOS	\$	
EXTRA PRIMA	\$	
PRIMA NETA	\$	20.000,00
GASTOS EXP.	\$	5.000,00
IVA	\$	4.750,00
TOTAL A PAGAR	\$	29.750,00

CONVENIO DE PAGO DIRECTO EFECTIVO, Fecha de Pago: 22/02/2023

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

ES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO DILIGENCIAR EL FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE, SUMINISTRAR INFORMACIÓN VERAZ Y VERIFICABLE Y REALIZAR ACTUALIZACIÓN DE DATOS POR LO MENOS ANUALMENTE (CIRCULAR EXTERNA 026 DE 2008 SUPERFINANCIERA).

CONSULTA LA AUTENTICIDAD DE ESTA PÓLIZA INGRESANDO A PRODUCTOS.MUNDIALSEGUROS.COM.CO DIGITA EL CÓDIGO DE SEGURIDAD QUE ENCUENTRAS EN LA PARTE SUPERIOR DE ESTE DOCUMENTO Y VIVE LA EXPERIENCIA DE ESTAR ASEGURADO CON EL RESPALDO DE SEGUROS MUNDIAL TAMBIÉN PUEDES LLAMAR A LA LÍNEA NACIONAL 01 8000 111 935 - 327 47 12/13

EL TOMADOR Y/O ASEGURADO SEGÚN CORRESPONDA, SE COMPROMETE A PAGAR LA PRIMA DENTRO DE LOS 30 DÍAS CONTADOS A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA. DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1068 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, MODIFICADO POR EL ARTÍCULO 82 DE LA LEY 45 DE 1990, LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PRESENTE PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO A LA COMPANIA DE SEGUROS PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA.

EN MI CALIDAD COMO TOMADOR DE LA POLIZA INDICADA EN ESTA CARATULA, MANIFIESTO EXPRESAMENTE QUE HE TENIDO A MI DISPOSICIÓN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA MANIFIESTO ADEMÁS, QUE DURANTE EL PROCESO DE NEGOCIACIÓN, ANTICIPADAMENTE ME HAN SIDO EXPLICADAS POR LA COMPANIA Y/O POR EL INTERMEDIARIOS DE SEGUROS AQUI INDICADO, SOBRE LAS EXCLUSIONES Y ALCANCES Y CONTENIDOS DE LA COBERTURA, ASI COMO LAS GARANTIAS, EN VIRTUD DE TAL ENTENDIMIENTO, LAS ACEPTO Y DECIDO TOMARLA POLIZA DE SEGUROS CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO.

Firma Autorizada - Compañía Mundial Seguro S.A.

TOMADOR

Líneas de Atención al Cliente:
• Nacional: 01 8000 111 935
• Bogotá: 327 4712 - 327 4713



Cumplimos los sueños de nuestro planeta reciclando responsablemente.
Protege el medio ambiente evitando la impresión de este documento.

H.O.J.A. No.

Año: 2023

NOTA: Se debe anexar planilla de pago de los Aportes a Salud, Pensión y ARL, del mes vencido y productos del mes según certificación de cumplimiento.

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO POR CARGO
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
CTO # 1100/532/2023

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	MILENA BEJARANO URREGO
CARGO	APOYO PEDAGOGICO UDS
PERIODO y FECHA	FEBRERO

PERIODO y FECHA		FEBRERO		APOYO PEDAGOGIO :				
FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
Fase de atencion	1	2. Organizar, archivar y digitalizar la documentación requerida para la formalización del cupo del GA (50)	2.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 2.2 Acomodación de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 2.3 Digitalización de cada uno de los documentos de los participantes del GA 2.4 Cargue de los documentos al drive correspondiente al GT, opcional, o dar a conocer avances 2.5 Archivo de los documentos en las carpetas respectivas	25%	1-03-23	/		2.1 OK 2.2 OK 2.3 OK 2.4 OK 2.5 OK
		3. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 40 minutos de formación (DIMF)	3.1 Desarrollo los 15 encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atención correspondiente. Formato Verificación condiciones de habitabilidad (Criterios de focalización).	35%	1-03-23	/		3.1 OK
		4. Apoyar el proceso de digitalización de la información física que se requiera según las indicaciones y el protocolo de archivo, y elaboración de directorio por GA (50)	4.1 Directorio, de las 50ta familias vinculadas.	20%	1-03-23	/		4.1 OK
		5. Entrega de Raciones	5.1 Formato RPP 5.1 Fotografías uno a uno de la entrega de RPP - en power Point	20%	1-03-23	/		5.1 OK 5.1 OK
		TOTAL				100%		

FIRMA CONTRATISTA	MILENA BEJARANO URREGO
NOMBRE:	MILENA BEJARANO URREGO
C.C.	20638307

FIRMA COORDINADORA	Emilce R
NOMBRE:	EMILCE ROJAS AGUILAR
C.C.	52278878

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que MILENA URREGO, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 20.638.307 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 060375151, abierta/o desde el 30/1/2023, con saldo a la fecha de: \$ 0

Se expide en Bogotá el día 27 del mes de Febrero del año 2023 con destino a: Asociación profesionales de Colombia



Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **20.638.307**

BEJARANO URREGO

APELLIDOS

MILENA

NOMBRES

MILENA BEJARANO URREGO

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-MAR-1984**

GACHETA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

24-JUL-2002 GACHETA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-1510300-00951697-F-0020638307-20171102

0058355917A 1

49014550

REGISTRO NACIONAL DEL ESTADO CIVIL



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) MILENA BEJARANO URREGO identificado(a) con CC 20638307 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 2° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios: 19/02/2011

Estado de la Afiliación: ACTIVO

IPS: COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO 1 DE MAYO

Categoría: A

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 03 días del mes de 03 del año 2023.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra
Director Operaciones Comerciales
EPS FAMISANAR S.A.S.

2. Concepto **1 3** Actualización de oficio

4. Número de formulario

14522392741



(415)7707212489984(8020) 000001452239274 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

2 0 6 3 8 3 0 7

8

Impuestos de Bogotá

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

25. Tipo de documento

26. Número de identificación

27. Fecha expedición

Persona natural o sucesión ilíquida

2

Cédula de Ciudadanía

1 3

2 0 6 3 8 3 0 7

2 0 2 3, 0 3, 0 4

Lugar de expedición

28. País

29. Departamento

30. Ciudad/Municipio

2 9 7

COLOMBIA

1 6 9

Cundinamarca

2 5

Gachetá

31. Primer apellido

32. Segundo apellido

33. Primer nombre

34. Otros nombres

BEJARANO

URREGO

MILENA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

39. Departamento

40. Ciudad/Municipio

COLOMBIA

1 6 9

Cundinamarca

2 5

Gachetá

2 9 7

41. Dirección principal

CL 6 4 21 BRR PRIMAVERA

42. Correo electrónico

mi-le1906@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 2 2 9 2 8 3 8 7 5

45. Teléfono 2

2 6 5 9 6 7 7

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

Actividad secundaria

Otras actividades

52. Número establecimientos

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

50. Código

1

2

51. Código

0

8 5 5 9

2 0 2 3, 0 3, 0 4

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código

4 9

49 - No responsable de IVA

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26

Obligados aduaneros

Exportadores

54. Código

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

X

60. No. de Folios:

0

61. Fecha

2023 - 03 - 04

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.

Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

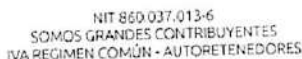
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo



Digitally signed by COMPANIA
MUNDIAL DE SEGUROS S A
Date: 2023.02.23 09:14:01 -05:00

COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.
DIRECCIÓN GENERAL CALLE 33 N. 6B - 24 PISOS 1,2 Y 3 - BOGOTÁ
TELÉFONO: 2855600 FAX 2851220 - WWW.SEGUROS-MUNDIAL.COM.CO

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO

EN FAVOR DE ENTIDADES PARTICULARES

VERSIÓN CLAUSULADO 06-04-2021-1317-P-05-PPSUS2R000000065-0001

Código de Seguridad: U9bs86iB1mHvhwF33q0QBw==

OBJETO DE CONTRATO

OBJETO DE CONTRATO
GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO NO.APC2023-DIMKENNY-CON023 , CUYO OBJETO ES

EL CONTRATISTA EN SU CALIDAD DE TRABAJADOR INDEPENDIENTE SE OBLIGA CON EL CONTRATANTE A PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO APOYO PEDAGÓGICO EN EL MARCO DEL CONTRATO DE APOORTE SUSCRITO CON EL ICBF PARA LA INSTITUCIÓN DEL CDI DIMF

CONVENIO DE PAGO DIRECTO EFECTIVO, Fecha de Pago: 23/02/2023

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

ES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO DILIGENCIAR EL FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE, SUMINISTRAR INFORMACIÓN VERAZ Y VERIFICABLE Y REALIZAR ACTUALIZACIÓN DE DATOS POR LO MENOS ANUALMENTE (CIRCULAR EXTERNA 026 DE 2008 SUPERFINANCIERA).

CONSULTA LA AUTENTICIDAD DE ESTA PÓLIZA INGRESANDO A PRODUCTOS.MUNDIALSEGUROS.COM.CO DIGITA EL CÓDIGO DE SEGURIDAD QUE ENCUENTRAS EN LA PARTE SUPERIOR DE ESTE DOCUMENTO Y VIVIR LA EXPERIENCIA DE ESTAR ASEGURADO CON EL RESPALDO DE SEGUROS MUNDIAL. TAMBIÉN PUEDES LLAMAR A LA LÍNEA NACIONAL 01 8000 111 935 - 327 47 12/13

EL TOMADOR Y/O ASEGURADO SEGÚN CORRESPONDA, SE COMPROMETE A PAGAR LA PRIMA DENTRO DE LOS 30 DÍAS CONTADOS A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA. DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1068 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, MODIFICADO POR EL ARTÍCULO 82 DE LA LEY 45 DE 1990, LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PRESENTE PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA. MANIFIESTO EXPRESAMENTE QUE HE TENIDO A MI DISPOSICIÓN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA EN MI CALIDAD COMO TOMADOR DE LA PÓLIZA INDICADA EN ESTA CARATULA, MANIFIESTO EXPRESAMENTE QUE HE SIDO EXPLICADAS POR LA COMPAÑÍA Y/O POR EL INTERMEDIARIOS DE SEGUROS AQUÍ MANIFIESTO ADEMÁS, QUE DURANTE EL PROCESO DE NEGOCIACIÓN, ANTICIPADAMENTE ME HAN SIDO EXPLICADAS POR LA COMPAÑÍA Y/O POR EL INTERMEDIARIOS DE SEGUROS AQUÍ INDICADO, SOBRE LAS EXCLUSIONES Y ALCANCES Y CONTENIDOS DE LA COBERTURA, ASÍ COMO LAS GARANTÍAS, EN VIRTUD DE TAL ENTENDIMIENTO, LAS ACEPTO Y DECIDO TOMARLA PÓLIZA DE SEGUROS CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO.

Firma Autorizada - Compañía Mundial Seguro S.A.

TOMADOR

Lineas de Atención al Cliente:

- Nacional: 01 8000 111 935
- Bogotá: 327 4712 - 327 4713

Cumplimos los sueños de nuestro planeta reciclando reponsablemente.
Protege el medio ambiente evitando la impresión de este documento.

HOJA No.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

INFORME A LA JUNTA COMUNAL DE LA INFRAESTRUCTURA Y PASA-APF

Año: 2023

NOTA: Se debe anexas planilla de pago de los Aportes a Salud, Pensión y ARL, del mes vencido y productos del mes según certificación de cumplimiento.

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO POR CARGO
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
CTO # 1100/532/2023

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	NICOL ALEJANDRA BARRERO VASQUEZ
CARGO	APOYO PEDAGOGICO UDS
PERIODO y FECHA	FEBRERO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	APOYO PEDAGOGIO :			
					FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
Fase de atención	1	2. Organizar, archivar y digitalizar la documentación requerida para la formalización del cupo del GA (50)	2.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 2.2 Acomodación de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 2.3 Digitalización de cada uno de los documentos de los participantes del GA 2.4 Carga de los documentos al drive correspondiente al GT, opcional, o dar a conocer avances 2.5 Archivo de los documentos en las carpetas respectivas	25%	1/03/2023	✓		2.1 ok 2.2 ok 2.3 ok 2.4 ok 2.5 ok
		3. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 40 minutos de formación (DIMF)	3.1 Desarrollo los 15 encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atención correspondiente. Formato Verificación condiciones de habitabilidad (Criterios de focalización).	35%	1/03/2023	✓		3.1 ok
		4. Apoyar el proceso de digitalización de la información física que se requiera según las indicaciones y el protocolo de archivo, y elaboración de directorio por GA (50)	4.1 Directorio, de las 50ta familias vinculadas.	20%	1/03/2023	✓		4.1 ok
		5. Entrega de Raciones	5.1 Formato RPP 5.1 Fotografías uno a uno de la entrega de RPP - en power Point	20%	1/03/2023	✓		5.1 ok 5.1 ok
				TOTAL	100%			

FIRMA CONTRATISTA	<i>Nicol AB</i>
NOMBRE:	NICOL ALEJANDRA BARRERO VASQUEZ
C.C.	1233489541

FIRMA COORDINADORA	<i>Emilce R</i>
NOMBRE:	EMILCE ROJAS AGUILAR
C.C.	52278578

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que NICOL BARRERO, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 1.233.489.641 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 060375284, abierta/o desde el 1/2/2023.

Se expide en Bogotá el día 2 del mes de Febrero del año 2023 con destino a: Asociación profesionales de Colombia



Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.233.489.641

BARRERO VASQUEZ

APELLIDOS

NICOL ALEJANDRA

NOMBRES

Nicol Alejandra
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 14-AGO-1996

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68
ESTATURA

B+
G.S. RH

F
SEXO

04-AGO-2015 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Amel Sanchez Toranzo
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS AMEL SANCHEZ TORANZO



P-1500150-00743779-F-1233489641-20150904

0046245080A 1

42201005

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES
AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD



No. de Radicación: 1733489641 Fecha de Radicación: 17/02/2023

I. DATOS DEL TRÁMITE (Leer las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite: A. Afiliación ☒ B. Reporte de Novedades ☒

2. Tipo de Afiliación: A. Individual: ☒ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐

3. Régimen: A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante ☐ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐

5. Tipo de cotizante: A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐

Código (a registrar por la EPS): 59

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres: Barbero Vasquez Nicol Alejandra

7. Tipo de documento de identidad: CC 8. Número de documento de identidad: 1233489641

9. Sexo: ☒ Masculino ☐ Femenino

10. Fecha de nacimiento: 14/08/1996

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia: Sura 12. Discapacidad: Tipo ☐ Condición ☐

13. Puntaje SISBEN: 2 14. Grupo de población especial: Porvenir

15. Administradora de riesgos laborales - ARL: Porvenir

16. Ingresos base de cotización - IBC: 1.600.000 17. Residencia: 2112 # 89 D 27

18. Zona: ☒ Urbana ☐ Rural Kennedy Bogotá

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres: Nicol 20. Tipo de documento de identidad: CC

21. Número de documento de identidad: 1233489641 22. Sexo: ☒ Masculino ☐ Femenino

23. Fecha de nacimiento: 14/08/1996

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	RC	Número de documento de identidad	27. Sexo
B1 Olaya	Bonifacio	Victoria	Nicolas	RC	1233489641	X
B2 Olaya	Bonifacio	David	Nicolas	RC	1022448846	X
B3						
B4						
B5						

28. Fecha de nacimiento 14/08/1996 **29. Parentesco** En **30. Tipo** F **31. Discapacidad** Condición

32. Datos de residencia Municipio / Distrito Porvenir Departamento Porvenir

33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS) 1.600.000

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS: IPS 35. Código de la IPS (a registrar por la EPS): 1223

36. Tipo de documento de identificación: CC 37. Número del documento de identificación: 1233489641

38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS): Porvenir

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad:

- Modificación datos básicos de identificación ☐
- Corrección datos básicos de identificación ☐
- Actualización documento de identidad ☐
- Actualización y corrección de datos complementarios ☐
- Terminación de la inscripción en la EPS ☐
- Reinscripción en la EPS ☐

7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐

8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐

9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar ☐

10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando ☐

11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐

12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐

13. Movilidad: A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado ☐

14. Trastado: A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen ☐

15. Reporte por fallecimiento ☐

16. Reporte del trámite de protección al cesante ☐

17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado ☐

18. Reporte de la calidad de Pensionado ☐

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación: Primer Apellido Nicol Segundo Apellido Vasquez Sexo ☒ Masculino ☐ Femenino

42. Fecha de nacimiento: 14/08/1996 43. EPS anterior: Porvenir

44. Motivo de traslado: Porvenir 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones: Porvenir

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. ☐

47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. ☐

48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. ☐

49. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. ☐

50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. ☒

51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a los entes públicos que por sus funciones la requieran. ☒

52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. ☒

53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. ☒

VIII. FIRMAS

Nicol Vasquez 1233489641

IX. ANEXOS

54. Anexo copia del documento de identidad: ☐ CC ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CA ☐

55. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. ☐

56. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. ☐

57. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. ☐

58. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. ☐

59. Copia de la orden judicial o del acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. ☐

60. Documento en que conste la pérdida de los padres o la declaración de sus hijos. ☐

61. Copia de la autorización de traslado. ☐

62. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. ☐

63. Copia del acto administrativo o provvedimento que declare la calidad de beneficiario o se ordene la inscripción de los datos. ☐

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

64. Identificación de la entidad Territorial: Código del municipio Porvenir Código del departamento Porvenir

65. Datos del SISBEN: Número de la ficha 2 Puntaje 2 Nivel Porvenir

66. Fecha de radicación: 17/02/2023 67. Fecha de validación: 17/02/2023

68. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer Nombre Porvenir Segundo Nombre Porvenir

69. Tipo de documento de identidad: CC Número de documento de identidad: 1233489641

70. Firma del funcionario: Porvenir

OBSERVACIONES: Porvenir

**EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR
NIT 860.066.942-7**

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) NICOL ALEJANDRA BARRERO VASQUEZ identificado(a) con Cedula Ciudadania 1233489641, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20230217	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 2 días del mes de Marzo de 2.023

Observaciones:

Con destino a:

A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multifiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

CER-AFI

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO
21296244

2. Concepto ☐ 0 ☒ 2 Actualización

4. Número de formulario

14892763012



(415)7707212489984(8020) 000001489276301 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional
Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

1 2 3 3 4 8 9 6 4 1

7

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

1 2 3 3 4 8 9 6 4 1

27. Fecha expedición

2 0 1 5 0 8 0 4

Lugar de expedición

28. País

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

BARRERO

32. Segundo apellido

VASQUEZ

33. Primer nombre

NICOL

34. Otros nombres

ALEJANDRA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CL 37 SUR 93 15

42. Correo electrónico

barrerovasqueznicolalejandra@gmail.com

44. Teléfono 1

3 1 3 5 3 8 1 4 4 0

45. Teléfono 2

3 2 0 4 7 5 6 1 3 3

43. Código postal

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

8 5 1 1

47. Fecha inicio actividad

2 0 1 6 0 1 0 8

Actividad secundaria

48. Código

1 0 8 1

49. Fecha inicio actividad

2 0 1 9 0 1 0 1

Otras actividades

1

2

Ocupación

51. Código

52. Número
establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código

4 9

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

54. Código

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

Exportadores

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

IMPORTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

☒

60. No. de Folios:

0

61. Fecha

2023 - 02 - 01 / 09 : 57: 26

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.

Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre BARRERO VASQUEZ NICOL ALEJANDRA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

HOJA No.

- CLIENTE -

Fecha de Facturación	23/02/2023	
POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082		
Póliza No.	COQ-100000044	
Periodo Facturado	06/02/2023	06/01/2024

Referencia de Pago No.	532000052	
Fecha Límite de Pago	25/03/2023	
Prima (incluye gastos de expedición)	25.000,00	
IVA	4.750,00	
VALOR TOTAL A PAGAR \$	29.750,00	

EFFECTIVO \$

Datos del Cliente

Nombre / Razón Social	BARRERO VASQUEZ, NICOL ALEJANDRA	
CALLE 2 89 B	1233489641	
Intermediario	ASESORIAS Y SOLUCIONES M&M LTDA	

Cheque

Banco	No Cuenta	No Cheque	Valor Cheque
TOTAL			

Apreciado Cliente:

- No se aceptan pagos parciales.
- Al realizar su pago de forma presencial (ante el cajero del banco) ÚNICAMENTE presente esta boleta de recibo para garantizar la correcta referencia del pago.
- Si esta boleta no ha sido renovada efectivamente el 25/03/2023 se aplicará la cláusula de terminación automática estipulada en el contrato de la póliza y en la carátula de esta póliza (artículo 1086 código de comercio).
- Si realiza su pago en cheque o de forma mista (efectivo y cheque), solamente giro el valor total a nombre de PATRIMONIOS AUTÓNOMOS CREDICORP CAPITAL FIDUCIARIA NIT 900531293-7, el reembolso en nómina corrección y diligencie los datos del girador (nombre, NIT, teléfono) y el número de referencia de esta boleta. En caso de devolución del cheque se cobrará sanción del 20% de acuerdo con lo establecido en el artículo 731 del código de comercio. NO SE ACEPTAN CHEQUES DE OTRAS PLAZAS.
- Para realizar el pago a través del botón PSE, ingrese a nuestra página web www.segurosmundial.com.co en la imagen de PSE haga clic y continúe el proceso de pago.

ESPACIO PARA EL TIMBRE

VÁLIDO COMO RECIBO DE PAGO

- BANCO -

Fecha de Facturación	23/02/2023	
POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082		
Póliza No.	COQ-100000044	
Periodo Facturado	06/02/2023	06/01/2024

Referencia de Pago No.	532000052	
Fecha Límite de Pago	25/03/2023	
Prima (incluye gastos de expedición)	25.000,00	
IVA	4.750,00	
VALOR TOTAL A PAGAR \$	29.750,00	

EFFECTIVO \$

Datos del Cliente

Nombre / Razón Social	BARRERO VASQUEZ, NICOL ALEJANDRA	
CALLE 2 89 B	1233489641	
Intermediario	ASESORIAS Y SOLUCIONES M&M LTDA	

Cheque

Banco	No Cuenta	No Cheque	Valor Cheque
TOTAL			

Corresponsales
OPCIÓN 1



Bancos
Corresponsales
OPCIÓN 2



INFORMACIÓN DE PAGO

A continuación te brindamos información de los distintos medios de pago que tendrás a disposición:

OPCIÓN 1



CORRESPONSALES







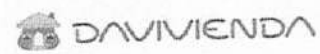




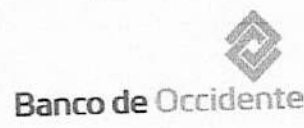
OPCIÓN 2



BANCOS





CORRESPONSALES



Tu compañía siempre

Ciudad: Bogotá

Mes: Febrero

Día: 28

Año: 2023

CUENTA DE COBRO No. 01

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A: YESICA BRIYITH GOMEZ TUNJANO

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2023-DIMF KENNEDY-CON020

NOMBRE: YESICA BRIYITH GOMEZ TUNJANO

CEDULA: 1.030.620.105

CUENTA BANCARIA: 212220305 **BANCO:** BOGOTA **AHORRO** X **CORRIENTE** ____

LA SUMA DE: (\$1'969.612) UN MILLON NOVECIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL

SEISCIENTOS DOCE PESOS M/Cte.

PERIODO: 1 al 28 Febrero

CONCEPTO: Apoyo Pedagógico – DIMF Kennedy CTO # 11005322023, Cupos 50

El Contratista ha desarrollado las obligaciones objeto del CONTRATO con total independencia y autonomía, frente a la Asociación Profesionales de Colombia, razón por la cual no constituye vínculo laboral alguno, ni da lugar a ninguna clase de Prestaciones Sociales de conformidad con lo establecido por la Normatividad Vigente.

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI NO X a partir de la fecha Día Mes Año en constancia:

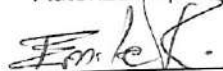
Firmo _____

Autorizo me sea descontada la suma de:

APORTES FONDO	0
PRESTAMOS	0
OTROS DESCUENTOS (intereses):	0
TOTAL, DESCUENTOS	0

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: (\$1'969.612) Un millón novecientos sesenta y nueve mil seiscientos doce pesos M/Cte. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

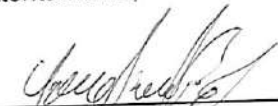


Emilce Rojas Aguilar
Coordinador UDS Periodistas
C.C. 52.278.676

Aprobado por:


Ana Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,


NOMBRE: Yesica Briyith Gomez Tunjano
C.C. 1.030.620.105
Correo: ybgomezt@gmail.com
Dirección: Calle 46 B sur N° 84-37
Teléfono: 311-7248603

NOTA: Se debe anexar planilla de pago de los Aportes a Salud, Pensión y ARL, del mes vencido y productos del mes según certificación de cumplimiento.

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO POR CARGO
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
 CTO # 1100/532/2023

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	YESICA BRIYITH GOMEZ TUNJANO
CARGO	APOYO PEDAGOGICO UDS
PERIODO y FECHA	FEBRERO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	APOYO PEDAGOGICO:			
					FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
Fase de atención	1	2. Organizar, archivar y digitalizar la documentacion requerida para la formalizacion del cupo del GA (50)	2.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 2.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 2.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA 2.4 Cargue de los documentos al drive correspondiente al GT, opcional, o dar a conocer avances 2.5 Archivo de los documentos en las carpetas respectivas	25%	01-03-23	/		2.1 OK 2.2 OK 2.3 OK 2.4 OK 2.5 OK.
		3. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 40 minutos de formación (DIMF)	3.1 Desarrollo los 15 encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atención correspondiente. Formato Verificación condiciones de habitabilidad (Criterios de focalización)	35%	01-03-23	/		3.1 OK
		4. Apoyar el proceso de digitalización de la información física que se requiera según las indicaciones y el protocolo de archivo, y elaboración de directorio por GA (50)	4.1 Directorio, de las 50ta familias vinculadas.	20%	01-03-23	/		4.1 OK
		5. Entrega de Raciones	5.1 Formato RPP 5.1 Fotografías uno a uno de la entrega de RPP - en power Point	20%	01-03-23	/		5.1 OK 5.1 OK.
		TOTAL		100%				

FIRMA CONTRATISTA	<i>Yesica Gomez</i>
NOMBRE:	YESICA BRIYITH GOMEZ TUNJANO
C.C.	1030620105

FIRMA COORDINADORA	<i>Emilce Rojas</i>
NOMBRE:	EMILCE ROJAS AGUILAR
C.C.	52276576

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que YESICA BRIYITH GOMEZ TUNJANO, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 1.030.620.105 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 212220305, abierta/o desde el 30/1/2023.

Se expide en Bogotá el día 1 del mes de Marzo del año 2023 con destino a: Yesica



Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.030.620.105**

GOMEZ TUNJANO

APELLIDOS

YESICA BRIYITH

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **24-ENE-1993**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60

ESTATURA

B+

G.S. RH

F

SEXO

27-ENE-2011 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00340244-F-1030620105-20111013

0028273298A 1

1131549272



06 3161317

No. de Radicación SAT

Fecha de Radicación

06/10/2015

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de trámite A. Afiliación B. Reporte de Novedades	2. Tipo de Afiliación A. Individual - Cotizante o cabeza de Familia B. Beneficiario o afiliado adicional	3. Régimen A. Contributivo B. Subsidio	4. Tipo de afiliado A. Cotizante B. Cabeza de familia C. Beneficiario	5. Tipo de cotizante A. Dependiente B. Independiente C. Pensionado	Código (a registrar por la EPS)
--	--	--	--	---	---------------------------------

A. AFILIACIÓN B. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres Primer Apellido: Gómez Segundo Apellido: Rodríguez	7. Tipo de documento de identidad: CC	8. Número del documento de identidad: 1030620105	9. Sexo: Femenino	10. Fecha de nacimiento: 10/10/1983
--	---------------------------------------	--	-------------------	-------------------------------------

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia: Mestizo	12. Discapacidad: No	13. Puntaje SISBEN: 1	14. Grupo de población especial: No	15. Administradora de riesgos laborales - ARL: Sur	16. Administradora de pensiones: Avenir
17. Ingreso base de cotización - IBC: 1100000	18. Residencia: Calle 46 B # 57 Sur	19. Correo electrónico: ybgomezr@gmail.com	20. Zona: Urbana	21. Teléfono fijo: 29900001	22. Teléfono celular: 3117800003

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre:	20. Tipo de documento de identidad: 21. Número del documento de identidad: 22. Sexo: Femenino 23. Fecha de nacimiento: 24.01.1983
--	---

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco	30. Etnia
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

31. Discapacidad	32. Datos de residencia	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1	Municipio / Distrito: Zona Urbana Rural: Departamento: Teléfono fijo y/o celular:	
B2		
B3		
B4		
B5		

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
Cotubusidra Chicula	

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social: Yesire Ruth Gomez Tenorio	36. Tipo de documento de identificación: CC	37. Número del documento de identificación: 1030620105	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS):
39. Ubicación: Calle 46 B # 57 Sur	40. Correo electrónico: ybgomezr@gmail.com	41. Teléfono fijo: 29900001	42. Teléfono celular: 3117800003

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad	41. Modificación de datos básicos de identificación	42. Corrección de datos básicos de identificación	43. Actualización del documento de identidad	44. Actualización y corrección de datos complementarios	45. Terminación de la inscripción en la EPS	46. Código	47. Reinscripción en la EPS	48. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales	49. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales	50. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar	51. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando	52. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas	53. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas	54. Movilidad: A. Régimen Contributivo B. Régimen Subsidio	55. Traslado: A. Mismo Régimen B. Diferente Régimen	56. Reporte de fallecimiento	57. Reporte del trámite de protección al cesante	58. Reporte de la calidad de Pre-pensionado	59. Reporte de la calidad de Pensionado
---------------------	---	---	--	---	---	------------	-----------------------------	---	---	--	---	--	--	--	---	------------------------------	--	---	---

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre:	42. Tipo de documento de identidad: 43. Número del documento de identidad: 44. Sexo: Femenino 45. Fecha de nacimiento: 01/10/1983	46. Fecha de novedad: 06/10/2015
47. EPS anterior: 48. Motivo de traslado: 49. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones:		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.	47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.	48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.	49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.	50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.	51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.	52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.	53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
--	--	--	--	--	---	---	---

VIII. FIRMAS

54. Firma del cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio
---	---

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN, REG, TI, CC, PA, CE, CD, SC	57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.	58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.	59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.	60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.	61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.	62. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.	63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.	64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.	65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.
---	---	---	--	--	---	--	--	--	---

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio: Código del departamento: Puntaje: Nivel:	67. Datos del SISBEN Número de la fecha: Puntaje: Nivel:	68. Fecha de radicación: 69. Fecha de validación:
70. Datos del funcionario que realiza la validación Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre:	71. Firma del funcionario	OBSERVACIONES: independiente cuenta Pro.ec

2. Concepto **02** Actualización

4. Número de formulario

14892737219



(415)7707212489984(8020) 0000014892737219

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 3 0 6 2 0 1 0 5

6. DV

5

12. Dirección seccional
Impuestos de Bogotá

3 2

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de identificación

1 0 3 0 6 2 0 1 0 5

27. Fecha expedición

2 0 1 1, 0 1, 2 7

Lugar de expedición

28. País

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

GOMEZ

32. Segundo apellido

TUNJANO

33. Primer nombre

YESICA

34. Cúos nombres

BRIYITH

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CL 46 B 84 37 SUR

42. Correo electrónico yeyis9324@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 1 7 2 4 8 6 0 3

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

8 5 6 0

47. Fecha inicio actividad

2 0 1 5, 0 6, 0 5

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código

1

2

Ocupación

51. Código

52. Número
establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código

4 9

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

54. Código

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

Exportadores

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

X

60. No. de folios:

0

61. Fecha

2023 - 02 - 01 / 14 : 50 : 59

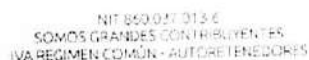
La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre GOMEZ TUNJANO YESICA BRIYITH

985. Cargo CONTRIBUYENTE



Código de Seguridad: /aR4Z/ZQTs0xb+JU+vxwXg==

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO

EN FAVOR DE ENTIDADES PARTICULARES

VERSIÓN CLAUSULADO 06-04-2021-1317-P-05-PPSUS2R0000000065-D001

No. PÓLIZA		COQ-10000126		No. ANEXO		0		No. CERTIFICADO		532000137		No. RIESGO							
TIPO DE DOCUMENTO				FECHA DE EXPEDICIÓN				28/02/2023				SUC. EXPEDIDORA				CEN ORINOQUIA			
VIGENCIA DESDE				VIGENCIA HASTA				DÍAS				VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE				VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA			
00:00 Horas Del				02/02/2023				24:00 Horas Del				06/01/2024				N/A			
												N/A				N/A			
TOMADOR		GOMEZ TUNJANO, YESICA BRIYTH																	
DIRECCIÓN		CALLE 95 68 F 24																	
ASEGURADO		ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA																	
DIRECCIÓN		CLL 95 # 68 F 24																	
BENEFICIARIO		ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA																	
DIRECCIÓN		CLL 95 # 68 F 24																	
		No. DOC. IDENTIDAD										1.030.620.105							
		TELÉFONO										3108774707							
		No. DOC. IDENTIDAD										830.107.985-1							
		TELÉFONO										3102502165							
		No. DOC. IDENTIDAD										830.107.985-1							
		TELÉFONO										3102502165							

OBJETO DE CONTRATO
GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO No. APC2023-DIMKENNEDY-CON020 , CUYO OBJETO ES

EL CONTRATISTA EN SU CALIDAD DE TRABAJADOR INDEPENDIENTE SE OBLIGA CON EL CONTRATANTE A PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO APOYO PEDAGOGICO EN EL MARCO DEL CONTRATO DE APOORTE SUSCRITO CON EL ICBF PARA LA INSTITUCIÓN DEL CDI DIMF

NOMBRE DEL AMPARO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA\$	VALOR PRIMAS
CUMPLIMIENTO	00:00 Horas Del 02/02/2023	24:00 Horas Del 06/01/2024 ✓	3.532.170,80	10.000,00
CALIDAD DEL SERVICIO	00:00 Horas Del 02/02/2023	24:00 Horas Del 06/01/2024	3.532.170,80	10.000,00
		TOTAL ASEGURADO	\$ 7.064.341,60	

INTERMEDIARIOS	TIPO	% PARTICIPACIÓN	PRIMA BRUTA	\$
KAREN SALCEDO CASTIBLANCO	AGENTES	100,00		20.000,00
			DESCUENTOS	\$

DISTRIBUCIÓN COASEGURO						
COMPañIA	TIPO COASEGURO	PÓLIZA LIDER	CERTIF. LIDER	% PARTICIPACIÓN		
					PRIMA NETA	\$ 20.000,00
					GASTOS EXP.	\$ 5.000,00
					IVA	\$ 4.750,00
					TOTAL A PAGAR	\$ 29.750,00

CONVENIO DE PAGO DIRECTO EFECTIVO, Fecha de Pago: 28/02/2023

ES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO DILIGENCIAR EL FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE, SUMINISTRAR INFORMACIÓN VERAZ Y VERIFICABLE Y REALIZAR ACTUALIZACIÓN DE DATOS POR LO MENOS ANUALMENTE (CIRCULAR EXTERNA 026 DE 2008 SUPERFINANCIERA).

CONSULTA LA AUTENTICIDAD DE ESTA PÓLIZA INGRESANDO A PRODUCTOS.MUNDIALSEGUROS.COM.CO DIGITA EL CÓDIGO DE SEGURIDAD QUE ENCUENTRAS EN LA PARTE SUPERIOR DE ESTE DOCUMENTO Y VIVE LA EXPERIENCIA DE ESTAR SEGURO CON EL RESPALDO DE SEGUROS MUNDIAL. TAMBIÉN PUEDES LLAMAR A LA LÍNEA NACIONAL 01 8000 111 935 - 327 47 12/13

EL TOMADOR Y/O ASEGURADO SEGÚN CORRESPONDA, SE COMPROMETE A PAGAR LA PRIMA DENTRO DE LOS 30 DÍAS CONTADOS A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA. DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1068 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, MODIFICADO POR EL ARTÍCULO 82 DE LA LEY 45 DE 1990, LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PRESENTE PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDIAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA. EN MI CALIDAD COMO TOMADOR DE LA PÓLIZA INDICADA EN ESTA CARATULA, MANIFIESTO EXPRESAMENTE QUE HE TENIDO A MI DISPOSICIÓN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA MANIFIESTO ADEMÁS, QUE DURANTE EL PROCESO DE NEGOCIACIÓN, ANICIPIADAMENTE ME HAN SIDO EXPLICADAS POR LA COMPAÑÍA Y/O POR EL INTERMEDIARIOS DE SEGUROS AQUÍ INDICADO, SOBRE LAS EXCLUSIONES Y ALCANCES Y CONTENIDOS DE LA COBERTURA, ASÍ COMO LAS GARANTÍAS, EN VIRTUD DE TAL ENTENDIMIENTO, LAS ACEPTO Y DECIDO TOMARLA PÓLIZA DE SEGUROS CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO.

Firma Autorizada - Compañía Mundial Seguro S.A.

TOMADOR

Lineas de Atención al Cliente:

- Nacional: 01 8000 111 935
- Bogotá: 327 4712 - 327 4713

Cumplimos los sueños de nuestro planeta reciclando responsablemente.
Protege el medio ambiente evitando la impresión de este documento.

HOJA No.

© 2000 Blackwell Science Ltd *Journal of Internal Medicine* 247: 399–406

Ciudad: Bogotá

Mes: Febrero

Día: 28

Año: 2023

CUENTA DE COBRO No. 2

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A: CAMILA ALEXANDRA SUAREZ FLOREZ

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2023-DIMFKENNEDY-CON003

NOMBRE: CAMILA ALEXANDRA SUAREZ FLOREZ

CEDULA: 1.023.893.980

CUENTA BANCARIA: 036632826 **BANCO:** BOGOTA **AHORRO** X **CORRIENTE**

LA SUMA DE: (\$1'969.612) Un millón novecientos sesenta y nueve mil seiscientos doce pesos M/Cte.

PERIODO: 01 al 28 de Febrero

CONCEPTO: Auxiliar Administrativo – DIMF Kennedy CTO # 11005322023

El Contratista ha desarrollado las obligaciones objeto del CONTRATO con total independencia y autonomía, frente a la Asociación Profesionales de Colombia, razón por la cual no constituye vínculo laboral alguno, ni da lugar a ninguna clase de Prestaciones Sociales de conformidad con lo establecido por la Normatividad Vigente.

Deseo vincularme al Fondo de Empleados Si NO X a partir de la fecha Día Mes Año en constancia:

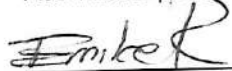
Firmo _____

Autorizo me sea descontada la suma de:

APORTES FONDO	0
PRESTAMOS	0
OTROS DESCUENTOS (intereses):	0
TOTAL, DESCUENTOS	0

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: (\$1.969.612) Un millón novecientos sesenta y nueve mil seiscientos doce pesos M/Cte. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:



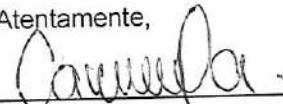
Emilce Rojas Aguilar
Coordinador UDS Periodistas
C.C. 52.278.676

Aprobado por:



Ana Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,



NOMBRE: Camila Alexandra Suarez Flórez
C.C. 1.023.893.980
Correo: camisf8@gmail.com
Dirección: Diagonal 48 A sur # 5 M – 11
Telefono: 310 349 38 49

NOTA: Se debe anexar planilla de pago de los Aportes a Salud, Pensión y ARL, del mes vencido y productos del mes según certificación de cumplimiento.

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO POR CARGO
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
CTO # 1100/532/2023



PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	CAMILA ALEANDRA SUAREZ FLOREZ
CARGO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO
PERIODO y FECHA	FEBRERO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
		1. Apoyar la organización documental del Talento Humano.	1.1. Organización en el Drive de las Hojas de vida. 1.2. Matriz de Talento Humano Actualizada 1.3. Verificación de Polizas 1.4. Verificación de afiliación de Seguridad Social.	10%	1-03-2023	✓		1.1 OK 1.2 OK 1.3 OK 1.4 OK
		2. Manejo, registro e informe de plataforma CUENTAME	2.1. Cargue de Participantes de la UDS delegada Cargue de Talento Humano de la UDS delegada.	20%	1-03-2023	✓		2.1 OK
Fase de Atención	2	3. Sistematización de la información relacionada con los participantes.	3.1. Directorio de los participantes actualizado de la UDS delegada. 3.2. Actualización de formatos RAM, Refrigerios, Bienestarina y entrega de RPP	20%	1-03-2023	✓		3.1 OK 3.2 OK
		4. Organizar el archivo físico y garantizar la Seguridad de la Información de los participantes	4.1. Archivo físico de la UDS delegada. 4.2. Carpetas de los participantes vinculados a la UDS.	10%	1-03-2023	✓		4.1 OK 4.2 OK
		5. Construcción de la nómina recepción y verificación de la documentación para formalización.	5.1. Formato de nómina en excell. 5.2. Chek list de nómina por cargo (100% de los soportes relacionados) de la UDS asignada.	10%	1-03-2023	✓		5.1 OK 5.2 OK
		6. Organización de formatos y material requerido para la operación del programa.	6.1. Formato de solicitud de copias. 6.2. Formato de solicitud de materiales didactico y de consumo. 6.3. Formato de solicitud de aseo. 6.4. Kardex de ingresos a la bodega y egreso.	10%	1-03-2023	✓		6.1 OK 6.2 OK 6.3 OK 6.4 OK
		7. Custodia y control de los equipos de computo e impresión.	7.1. Relación de fotocopiado e impresiones	5%	1-03-2023	✓		7.1 OK
		8. Inventarios 2023	8.1. Realizar la consolidación de los inventarios en el excell correspondiente. Para el mes de febrero: 8.2. Inventario de equipos Audiovisuales 8.3. Actas de inventario recibido por UDS de la Asociación Esperanza y Progreso.	15%	1-03-2023	✓		8.1 OK 8.2 OK 8.3 OK
TOTAL				100%				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	CAMILA ALEANDRA SUAREZ FLOREZ
C.C.	1023893980

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	EMILCE ROJAS AGUILAR
C.C.	52278576

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que CAMILA ALEXANDRA SUAREZ FLOREZ, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 1.023.893.980 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 036632826, abierta/o desde el 17/5/2021.

Se expide en Bogotá el día 2 del mes de Marzo del año 2023 con destino a: Asociación profesionales de Colombia



Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.023.893.980**

SUAREZ FLOREZ

APELLIDOS

CAMILA ALEXANDRA

NOMBRES

Camila Suárez

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **27-FEB-1990**

CAPITANEJO
(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

12-MAR-2008 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

Alexander Vega Rocha
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

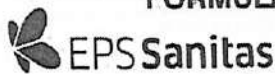
ÍNDICE DERECHO



A-1500150-01235686-F-1023893980-20210528

0074493805A 1

9915545570



Nuestro compromiso es contigo
NIT. 600.251.448-8

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación

Fecha de Radicación

D D M M A A A A



170307348

(Lea las Instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite A. Afiliación ☒ B. Reporte de Novedades	2. Tipo de Afiliación A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia ☒ B. Colectiva ☐ D. De Oficio ☐ Cotizante o Cabeza de Familia ☒ Beneficiario o Afiliado adicional ☐ C. Institucional ☐	3. Régimen A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐
4. Tipo de Afiliado A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	5. Tipo de Cotizante A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐	Código (a registrar por la EPS) 03

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres Primer Apellido: Suarez Segundo Apellido: Florez Primer Nombre: Camila Segundo Nombre: Alexandra	7. Tipo de documento de identidad CN ☒ TI ☐ CE ☐ CD ☐ RC ☐ CC ☐ PA ☐ SC ☐	8. Número del documento de identidad 1023893980	9. Sexo Femenino ☒ Masculino ☐	10. Fecha de nacimiento 27/02/1990
---	--	--	--	---------------------------------------

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia		12. Discapacidad Tipo F N M Condición T P		13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL			16. Administradora de Pensiones		17. Ingreso base de cotización - IBC 1.160.000
18. Residencia Dirección: Diagonal 48 A sur # 5 mil					Teléfono Fijo
Teléfono Celular 3103493849		Correo Electrónico Camisf8@gmail.com			
Municipio / Distrito Bogotá		Zona Urbana ☒ Rural ☐	Localidad / Comuna Rafael Uribe		Departamento Cundinamarca

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

19. Apellidos y nombres Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre:				
20. Tipo de documento de identidad CN ☒ TI ☐ CE ☐ CD ☐ RC ☐ CC ☐ PA ☐ SC ☐	21. Número del documento de identidad	22. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	23. Fecha de nacimiento D D M M A A A A	

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

25. Tipo de documento de identidad		26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	28. Fecha de nacimiento D D M M A A A A	29. Parentesco
B1			Femenino ☐ Masculino ☐	D D M M A A A A	
B2			Femenino ☐ Masculino ☐	D D M M A A A A	
B3			Femenino ☐ Masculino ☐	D D M M A A A A	
B4			Femenino ☐ Masculino ☐	D D M M A A A A	
B5			Femenino ☐ Masculino ☐	D D M M A A A A	

30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F N M Condición T P	32. Datos de Residencia Municipio/Distrito	Zona Urbana Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)
B1	F N M T P		Urbana Rural			
B2	F N M T P		Urbana Rural			
B3	F N M T P		Urbana Rural			
B4	F N M T P		Urbana Rural			
B5	F N M T P		Urbana Rural			

Selección de la IPS Primaria					Código de la IPS (a registrar por la EPS)
34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS					(028)
C					701017
B					
B					
B					

- Original: EPS - 1a Copia: EMPLEADOR - 2a Copia: AFILIADO -

2. Concepto **02** Actualización

4. Número de formulario

14891744685



(415)7707212489984(8020) 000001489174468 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 2 3 8 9 3 9 8 0

6. DV

9

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

1 0 2 3 8 9 3 9 8 0

27. Fecha expedición

2 0 0 8 0 3 1 2

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

SUAREZ

32. Segundo apellido

FLOREZ

33. Primer nombre

CAMILA

34. Otros nombres

ALEXANDRA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

DG 48 A SUR 5 M 11 BRR NUEVA PENNSILVANIA

42. Correo electrónico

camisf8@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 0 3 4 9 3 8 4 9

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

8 2 1 9

47. Fecha inicio actividad

2 0 1 1 0 9 0 8

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código

1 2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código

4 9

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

Exportadores

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

54. Código

11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

X

60. No. de Folios:

0

61. Fecha

2023 - 01 - 27 / 12 : 16: 10

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.

Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre

SUAREZ FLOREZ CAMILA ALEXANDRA

985. Cargo

CONTRIBUYENTE

Ciudad: BOGOTA D.C

Mes: FEBRERO

Día: 28

Año: 2023

CUENTA DE COBRO No. 2

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2023-DIMFKENNEDY-CON001**NOMBRE:** YOLIMA GUZMAN FAJARDO**CEDULA:** 40.443.431**CUENTA BANCARIA:** 542308754 **BANCO:** BOGOTA **AHORRO** ☒ **CORRIENTE** ☐**LA SUMA DE: PERIODO: (\$3.801.700)** Tres millones ochocientos un mil setecientos pesos M/Cte.**PERIODO:** Fase Atención Febrero**CONCEPTO:** Coordinación, DIMF Kennedy, 11005322023, con 350 cupos.

El Contratista ha desarrollado las obligaciones objeto del CONTRATO con total independencia y autonomía, frente a la Asociación Profesionales de Colombia, razón por la cual no constituye vínculo laboral alguno, ni da lugar a ninguna clase de Prestaciones Sociales de conformidad con lo establecido por la Normatividad Vigente.

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI ☐ **NO** ☒ a partir de la fecha Día Mes Año en constancia:

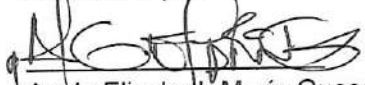
Firmo _____

Autorizo me sea descontada la suma de:

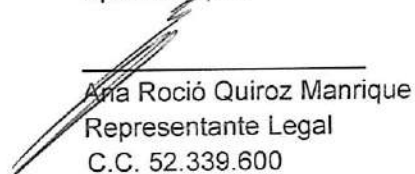
APORTES FONDO	0
PRESTAMOS	0
OTROS DESCUENTOS (intereses):	0
TOTAL, DESCUENTOS	0

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: (\$3.801.700) Tres millones ochocientos un mil setecientos pesos M/Cte. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Angie Elizabeth Marín Guasca
Coordinador
C.C. 52.989.879

Aprobado por:


Ana Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: Yolima Guzmán Fajardo
C.C. 40.443.431
DR. Transversal 68g #36 – 43 sur / 3212323807 / yoliguzmanfaja35@outlook.es

NOTA: Se debe anexar planilla de pago de los Aportes a Salud, Pensión y ARL, del mes vencido y productos del mes según certificación de cumplimiento.

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO POR CARGO
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
CTO # 1100/535/2023

ep

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO GRAN BRITANIA
NOMBRE	YOLIMA GUZMAN FAJARDO
CARGO	COORDINADORA
PERIODO y FECHA	FEBRERO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
		1. Informe Técnico, que de cuenta de la ejecución de cada uno de los componentes en el primer mes de Atención	1. Formato f8 contractual 1.2 Formato f8 Acciones	30%	7 7/10/20	✓		
		2. Velar por mantener el th y tener al día el archivo de los mismos	1.2. Matriz de Talento Humano Actualizada - Actualizada con Egresos e ingresos ocurridos en el mes	10%	7 7/10/20	✓		
		3. Organizar, Monitorear e informar las especificaciones de la cobertura y población a atender	3.1 Formato Certificación de Cobertura 3.2 Formato población Migrante 3.3 Formato Desplazados 3.4. Formmto Metas Sociales	10%	7 7/10/20	✓		
		4. Monitorear el cumplimiento Cuentea al 100% Mensual	4.1. Cargue de Participantes de la UDS delegada Cargue de Talento Humano de la UDS delegada. al 100% 4.2. Cargue del 100% Nutricional	10%	7 7/10/20	✓		
Atención	1	5. Organizar, Monitorear y acompañar: • Entrega de RFPP • Entrega de Refrigerios	5.1. Formatos RFPP - 18 Listados en total_ 3 por profe (Traer los físicos para verificar_ organizados en una AZ legajados por unidad) 5.2. Formatos de Refrigerio - 72 listados en total _12 por profe (Traer los físicos para verificar_ organizados en una AZ legajados por unidad)	25%	7 7/10/20	✓		
		6. Liderar, Monitorear y acompañar: • Encuentro Grupales a las Familias • Visitas en el Hogar a las Familias	6.1. Formatos RAM. 18 Listados en total_ 3 por profe (Traer los físicos para verificar organizados en una AZ legajados por unidad)	25%	7 7/10/20	✓		
		7. Construcción de la nómina recepción y verificación de la documentación para formalización.	7.1. Formato de nómina en excell. 7.2. Chek list de nómina por cargo (100% de los soportes relacionados) de la UDS asignada.	10%	7 7/10/20	✓		
		8. Monitorear y acompañar el proceso de Inventarios 2023	8.1. Realizar la consolidación de los inventarios en el excell correspondiente. Para el mes de febrero: 8.2. Inventario de equipos Audiovisuales 8.3. Actas de inventario recibido por UDS de la Asociación Esperanza y Progreso.	10%	7 7/10/20	✓		
TOTAL				100%				

FIRMA CONTRATISTA

NOMBRE:

C.C.

Yolima Guzman
 Yolima Guzman
 40443.431

FIRMA COORDINADORA

NOMBRE:

C.C.

Yolima Guzman
 Yolima Guzman
 52'889 879 BL

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que YOLIMA FAJARDO, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 40.443.431 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 542308754, abierta/o desde el 30/1/2023.

Se expide en Bogotá el día 31 del mes de Enero del año 2023 con destino a: A quien
interese



Firma Autorizada

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
40.443.431

NUMERO

GUZMAN FAJARDO

APELLIDOS

YOLIMA

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **09-SEP-1977**

SAN MARTIN
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

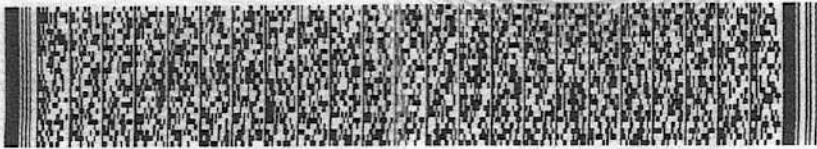
1.68
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

02-NOV-1995 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Almabeatriz Rengifo Lopez
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ



A-1500116-45138211-F-0040443431-20051122 0354005326N 02 202945223

DATOS DEL APORTANTE						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	
CC	40443431	YOLIMA GUZMAN FAJARDO	transversal 68g# 36-43 sur	5332310	yoliguzmanfaja35@outlook.es	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	SI

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	
2023-02	2023-02	I	01/03/2023	65430450	\$378.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												Total a Pagar	No. Afiliados
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC		
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	163.000	0		0		0	0	0	0	163.000	1

TOTALES PENSIÓN												Total a Pagar	No. Afiliados
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			
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	208.600	0	0	0	0	0	0			208.600	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										
14-1	Vida Colpatrina S.A.	860002183-9	6.900				6.900	0	0	6.900			69	6.900	1

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

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	163.000	163.000
Pensión	1	208.600	208.600
Riesgos Laborales	1	6.900	6.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	378.500	378.500

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	49443431	YOLIMA GUZMAN FAJARDO		transversal 68g# 36-43 sur	5332310	yoliguzmanfaj35@outlook.es
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.	

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
2023-02	2023-02	I	01/03/2023	65430450	\$378.500

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN					SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Salida	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	40443431	YOLIMA GUZMAN FAJARDO	transversal 68g# 36-43 sur	5332310	yoliguzmanfaj35@outlook.es	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
65430450	01/03/2023				EMPLEADOS UPC
					1 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2023-02	2023-02	N	07/03/2023	66116600	\$63.000

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. Afiliado
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	27.100	0		0		0	0	0	0	27.100	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
230201	Proteccion (ING + Protección)	800229739-0	34.800	0	0	0	0	0	0		34.800	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										
14-4	Vida Colpatría S.A.	860002183-9	1.100				1.100	0	0	1.100			11	1.100	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	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valores antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	27.100	27.100
Pensión	1	34.800	34.800
Riesgos Laborales	1	1.100	1.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	63.000	63.000

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	40443431	YOLIMA GUZMAN FAJARDO		transversal 68g# 36-43 sur	5332310	yoliguzmanfaja35@outlook.es
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
65430450	01/03/2023				EMPLEADOS UPC
					1 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2023-02	2023-02	N	07/03/2023	66116600	\$63.000

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN					SALUD		RIESGOS LABORALES			CCF		PARAFISCALES										
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Edad	Sexo	Estado Civil	Religión	Grupos	Seguros	Salud	Pensión	Riesgos	CCF	Parafiscales	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporta CCF	IBC otros parafiscales	Aporta SENA	Aporta ICBF	Aporta EBAP	Aporta MEN	
CC	40443431	GUZMAN FAJARDO YOLIMA	57	F	N									230201	1.520.680	243.400	0	0	0	0	EPS008	1.520.680	190.100	14-4	1.520.680	1	8.000		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

2. Concepto 02 Actualización

4. Número de formulario

14891904191



(415)7707212489984(8020) 000001489190419 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

4 0 4 4 3 4 3 1

8

Impuestos de Bogotá

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

25. Tipo de documento

26. Número de Identificación

27. Fecha expedición

Persona natural o sucesión ilíquida

2

Cédula de Ciudadanía

1 3

4 0 4 4 3 4 3 1

1 9 9 5, 1 1, 0 2

Lugar de expedición

28. País

29. Departamento

30. Ciudad/Municipio

COLOMBIA

1 6 9

Meta

5 0

Villavicencio

0 0 1

31. Primer apellido

32. Segundo apellido

33. Primer nombre

34. Otros nombres

GUZMAN

FAJARDO

YOLIMA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

39. Departamento

40. Ciudad/Municipio

COLOMBIA

1 6 9

Bogotá D.C.

1 1

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

TV 68 G 3643 SUR

42. Correo electrónico

yoliguzmanfaja35@outlook.es

43. Código postal

44. Teléfono 1

6 0 1 2 3 8 8 1 0 3

45. Teléfono 2

3 2 1 2 3 2 3 8 0 7

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

Actividad secundaria

Otras actividades

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

50. Código

1

2

51. Código

52. Número establecimientos

0 0 1 0

2 0 1 7 0 1 0 2

X X

X

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

Exportadores

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									
	11	12	13	14	15	16	17	18	19
									20

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

X

60. No. de Folios:

0

61. Fecha

2023 - 01 - 27 / 20 : 36: 26

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.

Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre GUZMAN FAJARDO YOLIMA

985. Cargo CONTRIBUYENTE



tu compañía siempre

NIT 860.037.013-6
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
IVA RÉGIMEN COMÚN - AUTORETENEDORES

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

Afiliados



CÁMARA COLOMBIANA
DE LA INFRAESTRUCTURA

PASA-APF
Asociación Panamericana de Fianzas
Panamerican Surety Association

LA COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A

CERTIFICA:

Que la garantía de Cumplimiento contenida en la póliza COQ-100000133 y endoso, 0 cuyo afianzado es:
GUZMAN, YOLIMA Asegurado o Beneficiario: ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA / ASOCIACION
PROFESIONALES DE COLOMBIA, expedida por la Compañía en 01/03/2023, no expirará por falta de pago de la
prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella o por
revocación unilateral por parte del Tomador o de la Compañía.

CEN ORINOQUIA a los 01 días del mes MARZO del año 2023.

Firma Autorizada - Compañía Mundial de Seguros S.A.



Ciudad: BOGOTA D.C

Mes: FEBRERO

Día: 28

Año: 2023

CUENTA DE COBRO No. 1

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2023-DIMFKENNEDY-CON011**NOMBRE:** ANA MARIA BARRAGAN LEON**CEDULA:** 1.030.572.403**CUENTA BANCARIA:** 191233964 **BANCO:** BOGOTA **AHORRO** ☒ **CORRIENTE** ☐**LA SUMA DE: PERIODO:** (\$2.296.800) Dos millones doscientos noventa y seis mil ochocientos pesos M/Cte.**PERIODO:** Fase Atención Febrero**CONCEPTO:** Agente Educativa, DIMF Kennedy, 11005322023, con 50 cupos.

El Contratista ha desarrollado las obligaciones objeto del CONTRATO con total independencia y autonomía, frente a la Asociación Profesionales de Colombia, razón por la cual no constituye vínculo laboral alguno, ni da lugar a ninguna clase de Prestaciones Sociales de conformidad con lo establecido por la Normatividad Vigente.

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI ☐ **NO** ☒ a partir de la fecha Día Mes Año en constancia:

Firmo _____

Autorizo me sea descontada la suma de:

APORTES FONDO	0
PRESTAMOS	0
OTROS DESCUENTOS (intereses):	0
TOTAL, DESCUENTOS	0

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: (\$ 2.296.800) Dos millones doscientos noventa y seis mil, ochocientos pesos M/Cte. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:



Yolima Guzmán Fajardo
Coordinador
C.C. 40.443.431

Aprobado por:



Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,


NOMBRE: Ana María Barragán León

C.C. 1.030.572.403

DR. Calle 40 sur # 78 M 27 / 3193927207 / abarraganleon@gmail.com

NOTA: Se debe anexar planilla de pago de los Aportes a Salud, Pensión y ARL, del mes vencido y productos del mes según certificación de cumplimiento.

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO POR CARGO
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
CTO # 1100/535/2023



PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO GRAN BRITANIA
NOMBRE	ANA MARIA BARRAGAN LEON
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	FEBRERO

PERIODO y FECHA		FEBRERO						
FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	1	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias según la fase diagnostica, con los 3 GA (4 por cada UA)	1.1 RAM (3) (físico y digital) 1.2 Planeación cargada al drive correspondiente del GT (4) 1.3 Registro en el formato de planeación del registro visual 1.4 Entrega de refrigerios (6 x GT)	40%	28-02-72023	X		
		2. Organizar, archivar y digitalizar la documentación requerida para la formalización del cupo del GA (50)	2.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 2.2 Acomodación de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 2.3 Digitalización de cada uno de los documentos de los participantes del GA _Opcional 2.4 Cargue de los documentos al drive correspondiente al GT_ Opcinal al avance del item anterior 2.5 Archivo Físico de los documentos en las carpetas respectivas (50 carpetas)	15%	28-02-72023	X		
		3. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 40 minutos de formación (DIMF)	3.1 Desarrollo los 15 encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atención correspondiente. * Formato Vericación condiciones de habitabilidad (Criterios de focalización)	25%	4-3-2023	X		
		4. Apoyar el proceso de digitalización de la información física que se requiera según las indicaciones y el protocolo de archivo, y elaboración de directorio por GA (50)	4.1 Directorio, de las 50 familias participantes	10%	28-02-72023	X		
		5. Entrega de Raciones	5.1 Formato RPP 5.1 Fotografías uno a uno de la entrega de RPP - en power Point	10%	28-02-72023	X		
		TOTAL				100%		

FIRMA CONTRATISTA	<i>Ana Maria Barragan L.</i>
NOMBRE:	Ana Maria Barragan L.
C.C.	1.030.572.403

FIRMA COORDINADORA	<i>Yolma Garmen</i>
NOMBRE:	Yolma Garmen
C.C.	40 443 431

EL BANCO DE BOGOTÁ

INFORMA:

Que la persona ANA MARIA BARRAGAN LEON identificado(a) con CC 1030572403 esta vinculado(a) al BANCO DE BOGOTA a través de la CTA AHORROS No. 191233964 desde el 31 de enero de 2023, este producto se encuentra Vigente.

Esta información es confidencial, no es una recomendación de negocio y se suministra sin responsabilidad del banco, se expide el 31 de enero de 2023, a solicitud del interesado, con destino a quien interese.

Atentamente,



Olga Yanira Otálora Guerrero

Gerencia de Soluciones para el Cliente

Banco de Bogotá

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.030.572.403**
BARRAGAN LEON

APELLIDOS
ANA MARIA

NOMBRES

Ana Maria Barragan Leon

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **21-ABR-1990**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

02-MAY-2008 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1500150-00334414-F-1030572403-20110916

0028045894A 1

1941504904

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO			
35. Nombre o razón social	36. Tipo documento de identificación NIT TI CE CC PA CD	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación Dirección			Teléfono Fijo
Correo Electrónico		Municipio / Distrito	Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad	☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación. ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación. ☐ 3. Actualización del documento de identidad. ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios. ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código <input type="text"/> ☐ 6. Reinscripción en la EPS. ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. ☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar. ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.	☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐ 13. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado ☐ 14. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen ☐ 15. Reporte de fallecimiento. ☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante ☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado. ☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado
---------------------	--	---

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación		Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad		Sexo		Fecha de nacimiento		42. Fecha	
CN	TI	CE	CD	Femenino		Masculino		D D M M A A A A	
RC	CC	PA	SC					D D M M A A A A	
43. EPS anterior				44. Motivo de traslado Código		45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones			

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☐ 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- ☐ 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- ☐ 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- ☐ 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- ☐ 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- ☐ 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- ☐ 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- ☐ 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario
Ana María Borrero León
55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio

IX. ANEXOS

- | | | | | | | | | | |
|---|----|----|----|----|----|----|----|----|-------|
| 56. Anexo copia del documento de identidad: | CN | RC | TI | CC | PA | CE | CD | SC | TOTAL |
| | | | | | | | | | |
- ☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- ☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- ☐ 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- ☐ 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- ☐ 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- ☐ 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- ☐ 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio	Código del Departamento	67. Datos del SISBEN Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de Radicación	69. Fecha de Validación
					D D M M A A A A	D D M M A A A A
70. Datos del funcionario que realiza la validación			Primer Nombre		Segundo Nombre	
Primer Apellido						

Tipo de documento	Número de documento de identidad	71. Firma del Funcionario

Observaciones:

Independiente



2. Concepto 02 Actualización

4. Número de formulario

14892134375



(415)7707212489984(8020) 000001489213437 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

1 0 3 0 5 7 2 4 0 3

9

Impuestos de Bogotá

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de identificación

1 0 3 0 5 7 2 4 0 3

27. Fecha expedición

2 0 0 8, 0 5, 0 2

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

BARRAGAN

32. Segundo apellido

LEON

33. Primer nombre

ANA

34. Otros nombres

MARIA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CL 40 SUR 78 M 27 BRR KENNEDY

42. Correo electrónico

abarraganleon@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

2 6 4 4 2 2 9

45. Teléfono 2

3 1 9 3 9 2 7 2 0 7

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

Actividad secundaria

Otras actividades

52. Número establecimientos

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

50. Código

1

2

51. Código

8 5 3 0

2 0 1 6, 0 5, 0 2

7 0 1 0

2 0 1 3, 0 1, 2 4

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código

49 - No responsable de IVA

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26

Obligados aduaneros

Exportadores

54. Código

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

X

60. No. de Folios:

0

61. Fecha

2023 - 01 - 30 / 10 : 44: 47

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.

Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre BARRAGAN LEON ANA MARIA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

**LA COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A****CERTIFICA:**

Que la garantía de Cumplimiento contenida en la póliza COQ-100000043 y endoso, 0 cuyo afianzado es: **BARRAGAN LEON, ANA MARIA** Asegurado o Beneficiario: **ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA / ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA**, expedida por la Compañía en 23/02/2023, no expirará por falta de pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella o por revocación unilateral por parte del Tomador o de la Compañía.

CEN ORINOQUIA a los 27 días del mes FEBRERO del año 2023.



Firma Autorizada - Compañía Mundial de Seguros S.A.



Ciudad: Bogotá

Mes: Febrero

Día: 28

Año: 2023

CUENTA DE COBRO No. 1

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2023-DIMFKENNEDY-CON010

NOMBRE: Edith Yamile Murcia Chacón

CEDULA: 52.459.657

CUENTA BANCARIA: 025402637 **BANCO:** BOGOTA **AHORRO** ☒ **CORRIENTE** ☐

LA SUMA DE: PERIODO: (\$2.296.800) M/C te. Dos millones doscientos noventa y seis mil ochocientos pesos M/Cte.

PERIODO: Fase de Atención Febrero

CONCEPTO: Agente Educativo

DIMF Kennedy 11005322023

Con 50 cupos

El Contratista ha desarrollado las obligaciones objeto del CONTRATO con total independencia y autonomía, frente a la Asociación Profesionales de Colombia, razón por la cual no constituye vínculo laboral alguno, ni da lugar a ninguna clase de Prestaciones Sociales de conformidad con lo establecido por la Normatividad Vigente.

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI ☐ **NO** ☒ a partir de la fecha Día Mes Año en constancia:

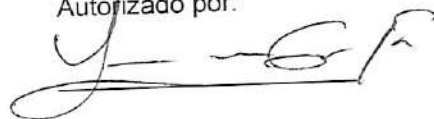
Firmo _____

Autorizo me sea descontada la suma de:

APORTES FONDO	0
PRESTAMOS	0
OTROS DESCUENTOS (intereses):	0
TOTAL, DESCUENTOS	0

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: (\$2.296.800) pesos M/Cte. Dos millones doscientos noventa y seis mil ochocientos pesos M/Cte. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

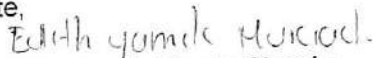
Autorizado por:



Coordinador

C.C. 40443.431

Atentamente,



NOMBRE: Edith Yamile Murcia Chacón

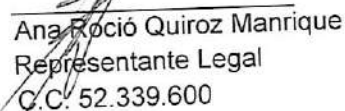
C.C. 52.459.657

DR: Diagonal 39 sur # 72d 35 sur

Yamilemurcia6@gmail.com

3057674888

Aprobado por:



Ana Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

NOTA: Se debe anexar planilla de pago de los Aportes a Salud, Pensión y ARL, del mes vencido y productos del mes según certificación de cumplimiento.

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO POR CARGO
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
CTO # 1100/535/2023



PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO GRAN BRITANIA
NOMBRE	EDITH YAMILE MURCIA CHACON
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	FEBRERO

CARGO		AGENTE EDUCATIVO						
PERIODO y FECHA		FEBRERO						
FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	1	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias según la fase diagnóstica, con los 3 GA (4 por cada UA)	1.1 RAM (3) (físico y digital) 1.2 Planeación cargada al drive correspondiente del GT (4) 1.3 Registro en el formato de planeación del registro visual 1.4 Entrega de refrigerios (6 x GT)	40%	1-3-2023	X		
		2. Organizar, archivar y digitalizar la documentación requerida para la formalización del cupo del GA (50)	2.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 2.2 Acomodación de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 2.3 Digitalización de cada uno de los documentos de los participantes del GA _Opcional 2.4 Cargue de los documentos al drive correspondiente al GT _Opcional al avance del ítem anterior 2.5 Archivo Físico de los documentos en las carpetas respectivas (50 carpetas)	15%	28-02-72023	X		
		3. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 40 minutos de formación (DIMF)	3.1 Desarrollo los 15 encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atención correspondiente. * Formato Verificación condiciones de habitabilidad (Criterios de focalización).	25%	1-3-2023	X		
		4. Apoyar el proceso de digitalización de la información física que se requiera según las indicaciones y el protocolo de archivo, y elaboración de directorio por GA (50)	4.1 Directorio, de las 50 familias participantes	10%	28-02-72023	X		
		5. Entrega de Raciones	5.1 Formato RPP 5.1 Fotografías uno a uno de la entrega de RPP - en power Point	10%	1-3-2023	X		
TOTAL				100%				

FIRMA CONTRATISTA	Edith Yamile Murcia Chacon
NOMBRE:	Edith Yamile Murcia Chacon
C.C.	52 454 657

FIRMA COORDINADORA	[Firma]
NOMBRE:	Edith Yamile Murcia Chacon
C.C.	40.447.431

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que EDITH MURCIA, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 52.459.657 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 025402637, abierta/o desde el 29/1/2023.

Se expide en Bogotá el día 30 del mes de Enero del año 2023 con destino a: Asociación de profesionales de Colombia



Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.459.657**
MURCIA CHACON

APELLIDOS
EDITH YAMILE

NOMBRES

Edith Yamile
FIRMA



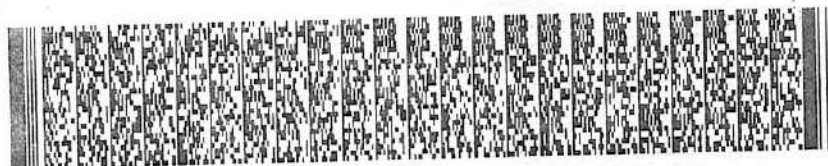
INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **08-MAR-1980**
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 **A+** **F**
ESTATURA G.S. RH SEXO

07-ABR-1998 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1500150-00019344-F-0052459657-20080704

0000748794A 1

1580002143

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado **EPS SANITAS**,

CERTIFICA

Que **Edith Yamile Murcia Chacon** identificado(a) con **CEDULA DE CIUDADANIA** número **52459657**, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 52459657
NOMBRES Y APELLIDOS	Edith Yamile Murcia Chacon
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	08/03/1980
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/11/2021
FECHA RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/01/2023
NIVEL SISBEN	No aplica

EMPLEADOR(ES)*

CEDULA DE CIUDADANIA 52459657 Trabajador Independiente Desde 10/02/2023 - Vigente
N.I.T. 860013570 CAJADE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM Desde 18/05/2022 Hasta 25/11/2022
N.I.T. 800048102 FUNDACIONHOGAR INTEGRAL Desde 10/03/2022 Hasta 19/05/2022

*Se reportan, a partir de la fecha de este certificado, los empleadores con los cuales ha estado afiliado en EPS SANITAS en los últimos 12 meses.

INFORMACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR

Generado por bdguerrero

23/02/2023

**ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO,
NI PARA TRASLADOS**

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52459657		MURCIA CHACON EDITH YAMILE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Diagonal 39 sur # 62 D 35 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4079111	SI
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Valor
2023-02	2023-02		9446932093	I	2023/03/14			0

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																	PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS				PARAFISCALES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
No.	Identificación	Nombre	Ing	Ret	Ido	Tae	Ido	Tap	Vsp	Con	Vst	Sin	Ige	Ima	Vac	Arp	Vct	Tri	Vdp	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
SUCURSAL PRINCIPAL (1 Afiliados)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52459657		MURCIA CHACON EDITH YAMILE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Diagonal 39 sur # 62 D 35 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4079111	SI
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Valor
2023-02	2023-02		9446932093	I	2023/03/14			0
RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	Código	NOV	DV	Afiliados	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	VALORES E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$185,600	\$0	\$0	\$185,600
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	\$185,600	\$0	\$0	\$185,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$6,100	\$0	\$0	\$6,100
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$6,100	\$0	\$0	\$6,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$145,000	\$0	\$0	\$145,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$145,000	\$0	\$0	\$145,000
TOTAL				1	\$336,700	\$0	\$0	\$336,700

Datos Generales Del Aportante

Identificación	Apellido y Nombre	Estado Aportante	Sucursal Principal	Correo Electrónico	Ciudad Domicilio	Código
CC 52459657	MURCIA CHACON EDITH YAMILE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	yamilemurcia6@gmail.com	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3057674888

Clave: 9446932093

Pagos hasta	Días de Mora	Valor Mora	Total a Pagar
2023/03/13	0	\$0	\$336,700
2023/03/14	0	\$0	\$336,700

Periodo Pensión: 2023-02

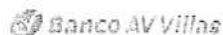
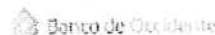
Periodo Salud: 2023-02

Riesgo	Afiliación	Afiliado	Total a Pagar
AFP	1	1	\$185,600
COLFONDOS		1	\$185,600
ARL	1	1	\$6,100
ARL SURA		1	\$6,100
EPS	1	1	\$145,000
SANITAS		1	\$145,000
SUBTOTAL			\$886,700
COMISION OPERADOR			\$0
IVA			\$0
TOTAL			\$886,700

Canales de Pago

BANCARIOS

NO BANCARIOS



Banco de Bogotá

Cajas registradoras de los almacenes
Monto máximo por transacción \$9.999.999

EL PRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT 630.131.593-1
Calle 96 No. 12-55 Bogotá

PAGO DE FACTURAS

1506 LLANILLA AS APORTES EN LINEA
CORRESPONSAL BANCO DE OCCIDENTE

REFERENCIA: 9446932093
NUMERO DE APROBACION: 190840
Fecha: 16/02/2023 11:44:06
DV: 860555
NUM. TRANSACCION: 1085666536
Valor: \$336,700,00

CORRESPONSAL BANCARIO PARA BANCO DE OCCIDENTE LA IMPRESION DE ESTE TILQUETE IMPLICA SU ACEPTACION, VERIFIQUE LA INFORMACION, ESTE ES EL ÚNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO. LINEA NACIONAL: 0180005 2825. ANTES DE RETIRARSE DEL PUNTO DE ATENCION VERIFIQUE REFERENCIA DE PAGO, MONEDERO, LA FECHA, HORA, TIPO Y MONTO DEL SOPORTE DE PAGO REALIZADO. SI NO ESTÁ DE ACUERDO CON LA INFORMACION ALLÍ INCORPORADA O LA MISMA NO CORRESPONDE A LA INFORMACION DEL PAGO REALIZADO INFORME DE MANERA INMEDIATA AL CAJERO LA CORRECCION REQUERIDA PARA HACER LAS CORRECCIONES A QUE HAYA LUGAR. DE LO CONTRARIO, NI EFECTY NI BANCO DE OCCIDENTE S.A. ASUMIRAN LA RESPONSABILIDAD SOBRE RECLAMOS POSTERIORES.

PS Registrador: 970542 NUEVA YORK III
Cajero: DIJUGAPI

Recibí conforme:

C.C.

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario

14892359291



(415)7707212489984(8020) 000001489235929 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

5 2 4 5 9 6 5 7

6. DV

9

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de identificación

5 2 4 5 9 6 5 7

27. Fecha expedición

1 9 9 8, 0 4, 0 7

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

MURCIA

32. Segundo apellido

CHACON

33. Primer nombre

EDITH

34. Otros nombres

YAMILE

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

DG 39 # 72 D - 35 CA

42. Correo electrónico

yamilemurcia6@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

4 0 7 9 1 1 1

45. Teléfono 2

3 0 5 7 6 7 4 8 8 8

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

46. Código

47. Fecha inicio actividad

8 5 1 2 | 2 0 1 4, 1 0 0 6

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código

1 2

51. Código

3 3 1 1

52. Número

establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 4 9

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

Exportadores

54. Código

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

X

60. No. de Folios:

0

61. Fecha

2023 - 01 - 30 / 17 : 53: 34

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.

Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre MURCIA CHACON EDITH YAMILE

985. Cargo Contribuyente

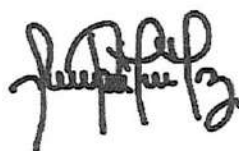


LA COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A

CERTIFICA:

Que la garantía de Cumplimiento contenida en la póliza COQ-100000118 y endoso, 0 cuyo afianzado es: MURCIA CHACON, EDITH Asegurado o Beneficiario: ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA / ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA , expedida por la Compañía en 27/02/2023, no expirará por falta de pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella o por revocación unilateral por parte del Tomador o de la Compañía.

CEN ORINOQUIA a los 27 días del mes FEBRERO del año 2023.



Firma Autorizada - Compañía Mundial de Seguros S.A.



Año: 2023

NOTA: Se debe anexar planilla de pago de los Aportes a Salud, Pensión y ARL, del mes vencido y productos del mes según certificación de cumplimiento.

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO POR CARGO
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
CTO # 1100/535/2023

Asociación Profesional de Colombia

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO GRAN BRITANIA
NOMBRE	NIDIA PEREZ VELASQUEZ
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	FEBRERO

PERIODO Y FECHA		FEBRERO						
FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	1	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias según la fase diagnostica, con los 3 GA (4 por cada UA)	1.1 RAM (3) (fisico y digital) 1.2 Planeación cargada al drive correspondiente del GT (4) 1.3 Registro en el formato de planeacion del registro visual 1.4 Entrega de refrigerios (6 x GT)	40%	28-02-72023	X		
		2. Organizar, archivar y digitalizar la documentación requerida para la formalización del cupo del GA (50)	2.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 2.2 Acomodación de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 2.3 Digitalización de cada uno de los documentos de los participantes del GA _Opcional 2.4 Cargue de los documentos al drive correspondiente al GT _Opcinal al avance del item anterior 2.5 Archivo Fisico de los documentos en las carpetas respectivas (50 carpetas)	15%	28-02-72023	X		
		3. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de minimo 40 minutos de formación (DIMF)	3.1 Desarrollo los 15 encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atención correspondiente. * Formato Verificación condiciones de habitabilidad (Criterios de focalización)	25%	1-3-2023	X		
		4. Apoyar el proceso de digitalización de la información física que se requiera según las indicaciones y el protocolo de archivo, y elaboración de directorio por GA (50)	4.1 Directorio, de las 50 familias participantes	10%	28-02-72023	X		
		5. Entrega de Raciones	5.1 Formato RPP 5.1 Fotografías uno a uno de la entrega de RPP - en power Point	10%	1-3-2023	X		
		TOTAL				100%		

FIRMA CONTRATISTA	Nidia Perez
NOMBRE:	Nidia Perez
C.C.	92463180

FIRMA COORDINADORA	[Firma]
NOMBRE:	Valma Garmen
C.C.	110413431

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que LUZ PEREZ, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 52.463.180 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 025402785, abierta/o desde el 30/1/2023.

Se expide en Bogotá el día 31 del mes de Enero del año 2023 con destino a: Asociación profesionales de Colombia


Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.463.180**

PEREZ VELASQUEZ
APELLIDOS

LUZ NIDIA
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-FEB-1978**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.54

ESTATURA

O+

G.S. RH

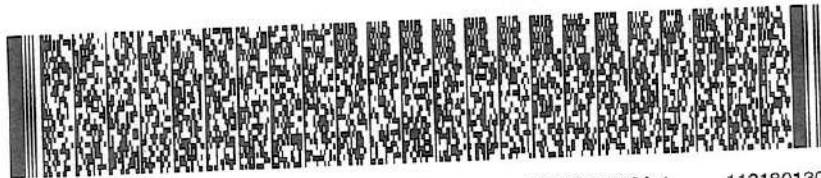
F

SEXO

26-NOV-1996 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00377701-F-0052463180-20120522

0030010688A 1

1131801308

compensar | salud
eps

[illegible]

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario

14891433029



(415)7707212489984(8020) 000001489143302 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

5 2 4 6 3 1 8 0

6. DV

3

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

26. Número de identificación

5 2 4 6 3 1 8 0

27. Fecha expedición

1 9 9 6, 1 1, 2 6

Lugar de expedición

28. País

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

PEREZ

32. Segundo apellido

VELASQUEZ

33. Primer nombre

LUZ

34. Otros nombres

NIDIA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

TV 78 B 46 26 BRR TIMIZA

42. Correo electrónico

nidia.perezvelasquez@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 2 4 2 4 8 4 4 1

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

Actividad secundaria

Otras actividades

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

50. Código

1

2

51. Código

52. Número establecimientos

8 5 1 2

2 0 1 8, 0 1, 1 1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código

2 0

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

Exportadores

54. Código

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

X

60. No. de Folios:

0

61. Fecha

2023 - 01 - 27 / 11 : 19: 48

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.

Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre PEREZ VELASQUEZ LUZ NIDIA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

**LA COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A****CERTIFICA:**

Que la garantía de Cumplimiento contenida en la póliza COQ-100000074 y endoso, 0 cuyo afianzado es:
✓ PEREZ VELASQUEZ, NIDIA Asegurado o Beneficiario: ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA / ASOCIACION
PROFESIONALES DE COLOMBIA, expedida por la Compañía en 24/02/2023, no expirará por falta de pago de la
prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella o por
revocación unilateral por parte del Tomador o de la Compañía.

CEN ORINOQUIA a los 24 días del mes FEBRERO del año 2023.



Firma Autorizada - Compañía Mundial de Seguros S.A.



HOJA No.

Ciudad: BOGOTA

Mes: FEBRERO

Día: 28

Año: 2023

CUENTA DE COBRO No. 2

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-2

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2023-DIMFKENNEDY-CON013

NOMBRE: ANA HERLINDA CAMACHO SANCHEZ

CEDULA: 39.664.915

CUENTA BANCARIA: 060374956 BANCO: BOGOTA AHORRO X CORRIENTE

LA SUMA DE: PERIODO: (\$ 2.051.981) Dos Millones Cincuenta y Un Mil Novecientos Ochenta y Un pesos M/Cte.

PERIODO: Fase de Atención - Febrero

CONCEPTO: Agente educativo, DIMF Kennedy, 11005322023, con 50 cupos *Perfu 2*

El Contratista ha desarrollado las obligaciones objeto del CONTRATO con total independencia y autonomía, frente a la Asociación Profesionales de Colombia, razón por la cual no constituye vínculo laboral alguno, ni da lugar a ninguna clase de Prestaciones Sociales de conformidad con lo establecido por la Normatividad Vigente.

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI NO X a partir de la fecha Día Mes Año en constancia:

Firmo

Autorizo me sea descontada la suma de:

APORTES FONDO	0
PRESTAMOS	0
OTROS DESCUENTOS (intereses):	0
TOTAL, DESCUENTOS	0

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: : (\$ 2.051.981) Dos Millones Cincuenta y Un Mil Novecientos Ochenta y Un pesos M/Cte. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Aprobado por:

Yolima Guzmán Fajardo
Yolima Guzmán Fajardo
Coordinador
C.C. 40.443.431

Ana Rocío Quiroz Manrique
Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Ana Camacho
NOMBRE: ANA HERLINDA CAMACHO SANCHEZ

C.C. 39.664.915

DR. Carrera 78A # 47 30 sur apto 206 Torre A / 314 3870875 / ancas12@hotmail.com

NOTA: Se debe anexar planilla de pago de los Aportes a Salud, Pensión y ARL, del mes vencido y productos del mes según certificación de cumplimiento.

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO POR CARGO
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
CTO # 1100/535/2023



PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO GRAN BRITANIA
NOMBRE	ANA HERLINDA CAMACHO SANCHEZ
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	FEBRERO

PERIODO Y FECHA		FEBRERO						
FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	1	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias según la fase diagnóstica, con los 3 GA (4 por cada UA)	1.1 RAM (3) (físico y digital) 1.2 Planeación cargada al drive correspondiente del GT (4) 1.3 Registro en el formato de planeación del registro visual 1.4 Entrega de refrigerios (6 x GT)	40%	28-02-72023	X		
		2. Organizar, archivar y digitalizar la documentación requerida para la formalización del cupo del GA (50)	2.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 2.2 Acomodación de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 2.3 Digitalización de cada uno de los documentos de los participantes del GA _Opcional 2.4 Cargue de los documentos al drive correspondiente al GT_ Opcional al avance del ítem anterior 2.5 Archivo Físico de los documentos en las carpetas respectivas (50 carpetas)	15%	28-02-72023	X		
		3. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 40 minutos de formación (DIMF)	3.1 Desarrollo los 15 encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atención correspondiente. * Formato Verificación condiciones de habitabilidad (Criterios de focalización)	25%	1-3-2023	X		
		4. Apoyar el proceso de digitalización de la información física que se requiera según las indicaciones y el protocolo de archivo, y elaboración de directorio por GA (50)	4.1 Directorio, de las 50 familias participantes	10%	28-02-72023	X		
		5. Entrega de Raciones	5.1 Formato RPP 5.1 Fotografías uno a uno de la entrega de RPP - en power Point	10%	28-02-72023	X		
		TOTAL				100%		

FIRMA CONTRATISTA	<i>Ana Camacho</i>
NOMBRE:	Ana H. Camacho S.
C.C.	39664915

FIRMA COORDINADORA	<i>[Firma]</i>
NOMBRE:	Yolima Garmen
C.C.	40443431

EL BANCO DE BOGOTÁ

INFORMA:

Que la persona ANA HERLINDA CAMACHO SANCHEZ identificado(a) con CC 39664915 está vinculado(a) al BANCO DE BOGOTÁ a través de la CTA AHORROS No. 060374956 desde el 30 de enero de 2023, este producto se encuentra Vigente.

Esta información es confidencial, no es una recomendación de negocio y se suministra sin responsabilidad del banco, se expide el 30 de enero de 2023, a solicitud del interesado, con destino a quien interese.

Atentamente,



Olga Yanira Otálora Guerrero
Gerencia de Soluciones para el Cliente
Banco de Bogotá

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **39.664.915**
CAMACHO SANCHEZ

APELLIDOS
ANA HERLINDA

NOMBRES

Ana Camacho S.

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-NOV-1966**

BUENAVISTA
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.57

ESTATURA

O-

G.S. RH

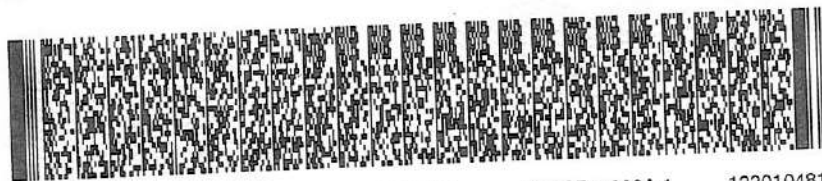
F

SEXO

09-DIC-1985 SOACHA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00243345-F-0039664915-20100702

0022552206A 1 1220104811

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de trámite A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☐	2. Tipo de Afiliación A. Individual: Cotizante o cabeza de familia ☐ Beneficiario o afiliado adicional ☐	3. Régimen A. Contributivo ☐ B. Subsidiado ☐	4. Tipo de afiliado A. Cotizante ☐ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐	5. Tipo de cotizante A. Dependiente ☐ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	Código (a registrar por la EPS)
--	--	--	---	--	------------------------------------

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres Primer Apellido Segundo Apellido	7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	10. Fecha de nacimiento
---	-----------------------------------	--------------------------------------	---	-------------------------

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad Tipo F N M Condición T P	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia Dirección Municipio / Distrito	19. Correo electrónico	20. Zona Urbana ☒ Rural ☐	21. Localidad / Comuna	22. Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres Primer Apellido Segundo Apellido	20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	23. Fecha de nacimiento
--	------------------------------------	---------------------------------------	--	-------------------------

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Datos complementarios

25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco	30. Etnia
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

31. Discapacidad Tipo F N M Condición T P	32. Datos de residencia Municipio / Distrito	33. Zona Urbana ☐ Rural ☐	34. Departamento	35. Teléfono fijo y/o celular	36. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	
B	
B	
B	
B	

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación Dirección Teléfono	40. Correo electrónico	41. Municipio / Distrito	42. Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad	41. Actualización y corrección de datos complementarios	42. Terminación de la inscripción en la EPS	43. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar	44. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas	45. Reporte de fallecimiento
46. Reporte del trámite de protección al cesante	47. Reporte de la calidad de Pre-pensionado	48. Reporte de la calidad de Pensionado	49. Reporte de la calidad de Pensionado	50. Reporte de la calidad de Pensionado	51. Reporte de la calidad de Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación Primer Apellido Segundo Apellido	42. Fecha de nacimiento	43. Fecha de novedad
44. Tipo de documento de identidad	45. Número del documento de identidad	46. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐
47. Motivo de traslado	48. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	

2. Concepto **0 2** Actualización

4. Número de formulario

14807961884



(415)7707212489984(8020) 000001480796188 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional
Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 9 6 6 4 9 1 5 | 5

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de identificación

3 9 6 6 4 9 1 5

27. Fecha expedición

1 9 8 5, 1 2 0 9

Lugar de expedición

28. País

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento

Cundinamarca

2 5

30. Ciudad/Municipio

Soacha

7 5 4

31. Primer apellido

CAMACHO

32. Segundo apellido

SANCHEZ

33. Primer nombre

ANA

34. Otros nombres

HERLINDA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CR 78 A 47 SUR 30 AP 206 TO A BRR JACKELINE

42. Correo electrónico ancas12@hotmail.com

44. Teléfono 1

4 6 0 2 8 5 2

45. Teléfono 2

3 1 4 3 8 7 0 8 7 5

43. Código postal

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

8 5 6 0

47. Fecha inicio actividad

2 0 0 7, 1 2 0 7

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código

1

2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26

Obligados aduaneros

54. Código

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

Exportadores

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

☒

60. No. de Folios:

0

61. Fecha

2023 - 02 - 11 / 8 : 33 : 14

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.

Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre CAMACHO SANCHEZ ANA HERLINDA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

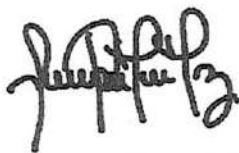


LA COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A

CERTIFICA:

Que la garantía de Cumplimiento contenida en la póliza COQ-100000084 y endoso, 0 cuyo afianzado es: CAMACHO SANCHEZ, ANA HERLINDA Asegurado o Beneficiario: ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA / ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA, expedida por la Compañía en 25/02/2023, no expirará por falta de pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella o por revocación unilateral por parte del Tomador o de la Compañía.

CEN ORINOQUIA a los 27 días del mes FEBRERO del año 2023.



Firma Autorizada - Compañía Mundial de Seguros S.A.



VERSIÓN CLAUSULADO 06-04-2021-1317-P-05-PPSUS2R0000000065-D001

Ciudad: BOGOTA

Mes: FEBRERO

Día: 28

Año: 2023

CUENTA DE COBRO No. 2

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-2

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2023-DIMFKENNEDY-CON033

NOMBRE: ANA JAZMIN BECERRA GALLO

CEDULA: 52.931.661

CUENTA BANCARIA: 212220040 BANCO: BOGOTA AHORRO X CORRIENTE

LA SUMA DE: PERIODO: : (\$ 2.051.981) Dos Millones Cincuenta y Un Mil Novecientos Ochenta y Un pesos M/Cte.

PERIODO: Fase de Atención – Febrero

CONCEPTO: : Agente educativo, DIMF Kennedy, 11005322023, con 50 cupos *Perfil 2*

El Contratista ha desarrollado las obligaciones objeto del CONTRATO con total independencia y autonomía, frente a la Asociación Profesionales de Colombia, razón por la cual no constituye vínculo laboral alguno, ni da lugar a ninguna clase de Prestaciones Sociales de conformidad con lo establecido por la Normatividad Vigente.

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI NO X a partir de la fecha Día Mes Año en constancia:

Firmo _____

Autorizo me sea descontada la suma de:

APORTES FONDO	0
PRESTAMOS	0
OTROS DESCUENTOS (intereses):	0
TOTAL, DESCUENTOS	0

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: : (\$ 2.051.981) Dos Millones Cincuenta y Un Mil Novecientos Ochenta y Un pesos M/Cte. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Yolima Guzmán Fajardo
Yolima Guzmán Fajardo
Coordinador
C.C. 40.443.431

Aprobado por:

Ana Rocio Quiroz Manrique
Ana Rocio Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

JAZMIN BECERRA.

NOMBRE: ANA JAZMIN BECERRA GALLO

C.C. 52.931.661

DR. Carrera 77 L #49-30 Sur / 3107584375 / jaz_misita27@hotmail.com

NOTA: Se debe anexar planilla de pago de los Aportes a Salud, Pensión y ARL, del mes vencido y productos del mes según certificación de cumplimiento.

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO POR CARGO
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
CTO # 1100/535/2023



PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO GRAN BRITANIA
NOMBRE	ANA JAZMIN BECERRA
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	FEBRERO

CARGO		AGENTE EDUCATIVO							
PERIODO y FECHA		FEBRERO							
FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES	
ATENCION	1	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias según la fase diagnostica, con los 3 GA (4 por cada UA)	1.1 RAM (3) (físico y digital) 1.2 Planeación cargada al drive correspondiente del GT (4) 1.3 Registro en el formato de planeación del registro visual 1.4 Entrega de refrigerios (6 x GT)	40%	28-02-72023	X			
		2. Organizar, archivar y digitalizar la documentación requerida para la formalización del cupo del GA (50)	2.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 2.2 Acomodación de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 2.3 Digitalización de cada uno de los documentos de los participantes del GA _Opcional 2.4 Cargue de los documentos al drive correspondiente al GT_ Opcinal al avance del ítem anterior 2.5 Archivo Físico de los documentos en las carpetas respectivas (50 carpetas)	15%	28-02-72023	X			
		3. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 40 minutos de formación (DIMF)	3.1 Desarrollo los 15 encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atención correspondiente. * Formato Verificación condiciones de habitabilidad (Criterios de focalización)	25%	1-3-2023	X			
		4. Apoyar el proceso de digitalización de la información física que se requiera según las indicaciones y el protocolo de archivo, y elaboración de directorio por GA (50)	4.1 Directorio, de las 50 familias participantes	10%	28-02-72023	X			
		5. Entrega de Raciones	5.1 Formato RPP 5.1 Fotografías uno a uno de la entrega de RPP - en power Point	10%	1-3-2023	X			
		TOTAL				100%			

FIRMA CONTRATISTA	JAZMIN BECERRA
NOMBRE:	JAZMIN BECERRA
C.C.	52431661

FIRMA COORDINADORA	J-G-T
NOMBRE:	Yolma Guzman
C.C.	40443401

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que ANA BECERRA, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 52.931.661 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 212220040, abierta/o desde el 29/1/2023.

Se expide en Bogotá el día 30 del mes de Enero del año 2023



Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **52.931.661**

BECERRA GALLO

APELLIDOS

ANA JAZMIN

NOMBRES

JAZMIN BECERRA

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **16-AGO-1982**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.64

ESTATURA

B+

G.S. RH

F

SEXO

29-NOV-2000 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-1500150-01044053-F-0052931661-20181106

0063097377A 1

9906337231

2. Concepto ☐ 0 ☒ 2 Actualización

4. Número de formulario

14892317598



(415)7707212489984(8020) 000001489231759 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

5 2 9 3 1 6 6 1

6. DV

2

12. Dirección seccional
Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de identificación

5 2 9 3 1 6 6 1

27. Fecha expedición

2 0 0 0, 1 1, 2 9

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

BECERRA

32. Segundo apellido

GALLO

33. Primer nombre

ANA

34. Otros nombres

JAZMIN

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CR 77 M 48 B 20 SUR BRR SOCORRO

42. Correo electrónico

jaz_misita27@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 0 7 5 8 4 3 7 5

45. Teléfono 2

3 1 3 3 6 6 5 6 3 9

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

8 2 9 9

47. Fecha inicio actividad

2 0 0 8, 0 1, 2 8

Actividad secundaria

48. Código

8 5 6 0

49. Fecha inicio actividad

2 0 0 8, 0 1, 2 8

Otras actividades

50. Código

1

2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 4 9

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

54. Código

Exportadores

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

☐

NO

☒

60. No. de folios:

0

61. Fecha

2023 - 01 - 30 / 16 : 19: 21

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.

Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre BECERRA GALLO ANA JAZMIN

985. Cargo CONTRIBUYENTE

LA COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A

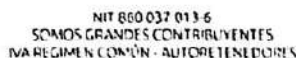
CERTIFICA:

Que la garantía de Cumplimiento contenida en la póliza COQ-100000079 y endoso, 0 cuyo afianzado es:
BECERRA GALLO, ANA JAZMIN Asegurado o Beneficiario: **ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA / ASOCIACION
PROFESIONALES DE COLOMBIA**, expedida por la Compañía en 25/02/2023, no expirará por falta de pago de la
prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella o por
revocación unilateral por parte del Tomador o de la Compañía.

CEN ORINOQUIA a los 25 días del mes **FEBRERO** del año **2023**.



Firma Autorizada - Compañía Mundial de Seguros S.A.



Código de Seguridad: k1n1s2otSdJ/4zzTTJnRnQ==

EN FAVOR DE ENTIDADES PARTICULARES

VERSTOM CLAUSULADO 06-04-2021-1317-P-05-PPSU52R0000000065-0007

No. PÓLIZA CQ-10000079		No. ANEXO 0		No. CERTIFICADO 532000088		No. RIESGO	
TIPO DE DOCUMENTO				FECHA DE EXPEDICIÓN 25/02/2023		SUC. EXPEDIDORA CEN ORINOQUIA	
VIGENCIA DESDE		VIGENCIA HASTA		DÍAS		VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE	
00:00 Horas Del 01/02/2023		24:00 Horas Del 01/01/2024				N/A	
						N/A	
TOMADOR		BECERRA GALLO, ANA JAZMIN				No. DOC. IDENTIDAD 52.931.661	
DIRECCION		CL 49 SUR 77 K 53 PISO 2				TELÉFONO 3214511730	
ASEGURADO		ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA				No. DOC. IDENTIDAD 830.187.985-1	
DIRECCION		CLL 95 # 68 F 24				TELÉFONO 3102502165	
BENEFICIARIO		ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA				No. DOC. IDENTIDAD 830.187.985-1	
DIRECCION		CLL 95 # 68 F 24				TELÉFONO 3102502165	

GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO NO.APC2023-DIMKENNY-CON033, CUYO OBJETO ES

EL CONTRATISTA EN SU CALIDAD DE TRABAJADOR INDEPENDIENTE SE OBLIGA CON EL CONTRATANTE A PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO AGENTE EDUCATIVO EN EL MARCO DEL CONTRATO DE APOORTE SUSCRITO CON EL ICBF PARA LA INSTITUCIÓN DEL CDI DTMF

NOMBRE DEL AMPARO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADAS	VALOR PRIMAS
CUMPLIMIENTO	00:00 Horas Del 01/02/2023	24:00 Horas Del 01/01/2024	3.693.565,80	10.000,00
CALIDAD DEL SERVICIO	00:00 Horas Del 01/02/2023	24:00 Horas Del 01/01/2024	3.693.565,80	10.000,00
		TOTAL ASEGURADO	\$ 7.387.131,60	

INTERMEDIARIOS	TIPO	% PARTICIPACIÓN
ASESORIAS Y SOLUCIONES M&M LTDA	AGENCIAS	100,00

PRIMA BRUTA	\$ 26.000,00
DESCUENTOS	\$
EXTRA PRIMA	
PRIMA NETA	\$ 26.000,00
GASTOS EXP.	\$ 5.000,00
IVA	\$ 4.750,00
TOTAL A PAGAR	\$ 29.750,00

DISTRIBUCIÓN COASEGURO				
COMPAÑIA	TIPO COASEGURO	PÓLIZA LÍDER	CERTIF. LÍDER	% PARTICIPACIÓN

CONVENIO DE PAGO DIRECTO EFECTIVO, Fecha de Pago: 25/02/2023

ES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO DILIGENCIAR EL FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE, SUMINISTRAR INFORMACIÓN VERAZ Y VERIFICABLE Y REALIZAR ACTUALIZACIÓN DE DATOS POR LO MENOS ANUALMENTE (CIRCULAR EXTERNA 026 DE 2008 SUPERFINANCIERA).

CONSULTA LA AUTENTICIDAD DE ESTA POLIZA INGRESANDO A PRODUCTOS.MUNDIALESGUR.COM O DIGITA EL CODIGO DE SEGURIDAD QUE ENCUENTRAS EN LA PARTE SUPERIOR DE ESTE DOCUMENTO Y VIVE LA EXPERIENCIA DE ESTAR ASEGURADO CON EL RESPALDO DE SEGUROS MUNDIAL TAMBIEN PUEDES LLAMAR A LA LINEA NACIONAL 01 8000 111 935 - 327 47 1219

EL TOMADOR YO ASEGURADO SEGÚN CORRESPONDA, SE COMPROMETE A PAGAR LA PRIMA DENTRO DE LOS 30 DÍAS CONTADOS A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA. DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1068 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, MODIFICADO POR EL ARTÍCULO 82 DE LA LEY 45 DE 1990, LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PRESENTE PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA.

EN MI CALIDAD COMO TOMADOR DE LA PÓLIZA INDICADA EN ESTA CARATULA, MANIFIESTO EXPRESAMENTE QUE HE TENIDO A MI DISPOSICIÓN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA. MANIFIESTO ADemás, QUE DURANTE EL PROCESO DE NEGOCIACIÓN, ANTICIPADAMENTE ME HAN SIDO EXPLICADAS POR LA COMPAÑÍA YO POR EL INTERMEDIARIOS DE SEGUROS AQUÍ INDICADO, SOBRE LAS EXCLUSIONES Y ALCANCES Y CONTENIDOS DE LA COBERTURA, ASÍ COMO LAS GARANTÍAS, EN VIRTUD DE TAL ENTENDIMIENTO, LAS ACEPTO Y DECIDO TOMARLA PÓLIZA DE SEGUROS CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO.

Firma Autorizada - Compañía Mundial Seguro S.A.

JAZMIN BECERRA
TOMADOR

 **Lineas de Atención al Cliente:**
• Nacional: 01 8000 111 935
• Bogotá: 327 4712 - 327 4713

 Cumplimos los sueños de nuestro planeta reciclando responsablemente. Protege el medio ambiente evitando la impresión de este documento.

NO. 14 NO.

Scanned by CamScanner

Ciudad: BOGOTA

Mes: FEBRERO

Día: 28

Año: 2023

CUENTA DE COBRO No. 2

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-2

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2023-DIMFKENNEDY-CON032**NOMBRE:** NOHORA ROSALBA ROJAS MEDINA**CEDULA:** 51.814.455**CUENTA BANCARIA:** 274265172 **BANCO:** BOGOTA **AHORRO** ☒ **CORRIENTE** ☐**LA SUMA DE PERIODO:** (\$ 2.051.981) Dos Millones Cincuenta y Un Mil Novecientos Ochenta y Un pesos M/Cte.**PERIODO:** Fase de atención**CONCEPTO:** : Agente educativo, DIMF Kennedy, 11005322023, con 50 cupos *para 2*

El Contratista ha desarrollado las obligaciones objeto del CONTRATO con total independencia y autonomía, frente a la Asociación Profesionales de Colombia, razón por la cual no constituye vínculo laboral alguno, ni da lugar a ninguna clase de Prestaciones Sociales de conformidad con lo establecido por la Normatividad Vigente.

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI ☐ **NO** ☒ a partir de la fecha Día Mes Año en constancia:

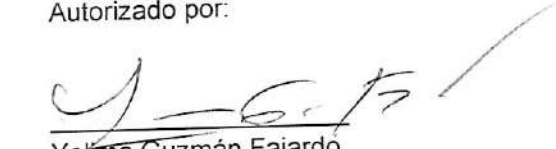
Firmo _____

Autorizo me sea descontada la suma de:

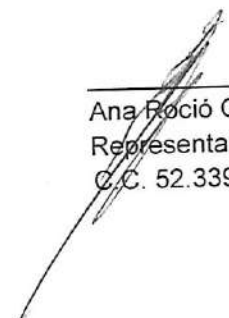
APORTES FONDO	0
PRESTAMOS	0
OTROS DESCUENTOS (intereses):	0
TOTAL, DESCUENTOS	0

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS (\$ 2.051.981) Dos Millones Cincuenta y Un Mil Novecientos Ochenta y Un pesos M/Cte. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

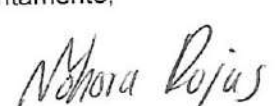
Autorizado por:


Yolima Guzmán Fajardo
Coordinador
C.C. 40.443.431

Aprobado por:


Ana Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,


NOMBRE: Nohora Rosalba Rojas Medina
C.C. 51.814.455
DR. Carrera 81 g # 14 b 18 / 3204878184 / Nohorarosalbarojasmedina@hotmail.com

NOTA: Se debe anexar planilla de pago de los Aportes a Salud, Pensión y ARL, del mes vencido y productos del mes según certificación de cumplimiento.

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO POR CARGO
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
CTO # 1100/535/2023



PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO TRIUNFADORAS
NOMBRE	NOHORA ROSALBA ROJAS MEDINA
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	FEBRERO

PERIODO Y FECHA	FEBRERO							
FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	2	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias según la fase diagnóstica, con los 3 GA (4 por cada UA)	1.1 RAM (3) (físico y digital) 1.2 Planeación cargada al drive correspondiente del GT (4) 1.3 Registro en el formato de planeación del registro visual 1.4 Entrega de refrigerios (6 x GT)	40%	28-2-22	✓		
		2. Organizar, archivar y digitalizar la documentación requerida para la formalización del cupo del GA (50)	2.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 2.2 Acomodación de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 2.3 Digitalización de cada uno de los documentos de los participantes del GA _Opcional 2.4 Cargue de los documentos al drive correspondiente al GT_ Opcinal al avance del ítem anterior 2.5 Archivo Físico de los documentos en las carpetas respectivas (50 carpetas)	15%	28-2-2023	✓		
		3. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 40 minutos de formación (DIMF)	3.1 Desarrollo los 15 encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atención correspondiente. * Formato Verificación condiciones de habitabilidad (Criterios de focalización) .	25%	3-3-23	✓		
		4. Apoyar el proceso de digitalización de la información física que se requiera según las indicaciones y el protocolo de archivo, y elaboración de directorio por GA (50)	4.1 Directorio, de las 50 familias participantes	10%	28-2-2023	✓		
		5 Entrega de Raciones	5.1 Formato RPP 5.1 Fotografías uno a uno de la entrega de RPP - en power Point	10%	3-3-23	✓		
		TOTAL				100%		

FIRMA CONTRATISTA	Nohora Rojas
NOMBRE:	Nohora Rojas
C.C.	51814455

FIRMA COORDINADORA	[Firma]
NOMBRE:	Yolimar Garmen
C.C.	40467431

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que NOHORA ROSALBA ROJAS MEDINA, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 51.814.455 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 274265172, abierta/o desde el 29/1/2023.

Se expide en Bogotá el día 23 del mes de Febrero del año 2023 ✓



Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **51.814.455**

ROJAS MEDINA

APELLIDOS

NOHORA ROSALBA

NOMBRES

Donna Rosalba Rojas Medina

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **18-MAR-1966**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.53

O+

ESTATURA

G.S. RH

F

SEXO

15-JUN-1984 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

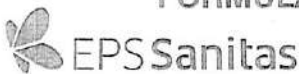


A-1500150-01044324-F-0051814455-20181107

0063132867A 1

9906151441

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



Nuestro compromiso es contigo
NIT. 000.251.440-0

No. de Radicación

Fecha de Radicación



166585701

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE		2. Tipo de Afiliación		3. Régimen	
1. Tipo de Trámite A. Afiliación ☒ B. Reporte de Novedades		A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia - Beneficiario o Afiliado adicional		B. Colectiva C. Institucional D. De Oficio	
4. Tipo de Afiliado A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia C. Beneficiario		5. Tipo de Cotizante A. Dependiente B. Independiente ☒ C. Pensionado		Código (a registrar por la EPS) 3	

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)			
6. Apellidos y nombres Primer Apellido Rojas		Segundo Apellido Medina	
Primer Nombre Roberto		Segundo Nombre Rosario	
7. Tipo de documento de identidad CN TI CE CD RC CC PA SC		8. Número del documento de identidad 5184455	
9. Sexo Femenino ☒ Masculino		10. Fecha de nacimiento 18/03/1966	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS			
Datos Personales			
11. Etnia	12. Discapacidad Tipo F N M Condición T P	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL		16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC 1160000

8. Residencia Dirección KR 810 N. 111118		Teléfono Fijo	
Teléfono Celular 3204818184		Correo Electrónico roberto.rojas@epssanitas.com	
Municipio / Distrito Bogotá	Zona: Urbana ☒ Rural	Localidad / Comuna Kennedy	Departamento Cundinamarca

IV. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR			
Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante			
19. Apellidos y nombres Primer Apellido		Segundo Apellido	
Primer Nombre		Segundo Nombre	
20. Tipo de documento de identidad CN TI CE CD RC CC PA SC		21. Número del documento de identidad	
22. Sexo Femenino ☒ Masculino		23. Fecha de nacimiento	

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales			
24. Apellidos y nombres Primer Apellido		Segundo Apellido	
Primer Nombre		Segundo Nombre	
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			
Datos Complementarios			
25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento
29. Parentesco			

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA INSTITUCIONAL O DE OFICIO			
35. Nombre o razón social		36. Tipo documento de identificación NIT TI CE CC PA CD	
37. Número del documento de identificación		38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)	
39. Ubicación Dirección		Teléfono Fijo	
Correo Electrónico		Municipio / Distrito	Departamento

2. Concepto **0 2** Actualización

4. Número de formulario

14898350712



(415)7707212489984(8020) 0000014898350712

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) **5 1 8 1 4 4 5 5** 6. DV **7** 12. Dirección seccional **Impuestos de Bogotá**

11. Buzón electrónico **3 2**

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente **Persona natural o sucesión ilíquida** 25. Tipo de documento **Cédula de Ciudadanía** 26. Número de identificación **5 1 8 1 4 4 5 5** 27. Fecha expedición **1 9 8 4 0 6 1 5**

Lugar de expedición **COLOMBIA** 28. País **1 6 9** 29. Departamento **Bogotá D.C.** 30. Ciudad/Municipio **Bogotá, D.C.** 0 0 1

31. Primer apellido **ROJAS** 32. Segundo apellido **MEDINA** 33. Primer nombre **NOHORA** 34. Otros nombres **ROSALBA**

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País **COLOMBIA** 39. Departamento **Bogotá D.C.** 40. Ciudad/Municipio **Bogotá, D.C.** 0 0 1

41. Dirección principal **CR 81 F 14 A 55 BRR VERGEL**

42. Correo electrónico **nohorarosalbarojasmedina@hotmail.com**

43. Código postal **110000** 44. Teléfono 1 **3 2 0 4 8 7 8 1 8 4** 45. Teléfono 2 **3 0 0 8 5 6 2 2 6 5**

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación		52. Número establecimientos
Actividad principal		Actividad secundaria		50. Código	51. Código	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad			1
8 5 2 1	2 0 2 1 0 1 0 6					

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código **4 9**

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

Exportadores

Obligados aduaneros																				Exportadores					
																				55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10															
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20															

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI ☐ NO ☒

60. No. de folios: **0**

61. Fecha **2023 - 02 - 23 / 12 : 33: 35**

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Párrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre **ROJAS MEDINA NOHORA ROSALBA**
985. Cargo **CONTRIBUYENTE**



tu compañía siempre

NIT 860.037.013-6
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
IVA RÉGIMEN COMÚN - AUTORETENEDORES

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

Afiliados



CÁMARA COLOMBIANA
DE LA INFRAESTRUCTURA

PASA & APF
Asociación Panamericana de Asfalto
Panamerican Asfalto Association

LA COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A

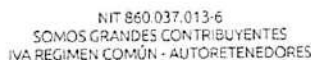
CERTIFICA:

Que la garantía de Cumplimiento contenida en la póliza COQ-100000046 y endoso, 0 cuyo afianzado es: ROJAS MEDINA, NOHORA ROSALBA Asegurado o Beneficiario: ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA / ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA, expedida por la Compañía en 23/02/2023, no expirará por falta de pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella o por revocación unilateral por parte del Tomador o de la Compañía.

CEN ORINOQUIA a los 23 días del mes FEBRERO del año 2023.

Firma Autorizada - Compañía Mundial de Seguros S.A.





COMPANHIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.
DIRECCION GENERAL CALLE 33 N. 6B - 24 PISOS 1.2 Y 3 - BOGOTÁ
TELÉFONO: 2855600 FAX 2851220 - WWW.SEGUROS-MUNDIAL.COM.CO

EN FAVOR DE ENTIDADES PARTICULARES

VERSIÓN CLAUSULADO 06-04-2021-1317-P-05-PPSUS2R000000065-0001

Código de Seguridad: C/QB/jN05+s1rekV2UGapQ==

No. PÓLIZA		COQ-100000046		No. ANEXO		0		No. CERTIFICADO		532000054		No. RIESGO											
TIPO DE DOCUMENTO								FECHA DE EXPEDICIÓN				23/02/2023		SUC. EXPEDIDORA		CEN ORINOQUIA							
VIGENCIA DESDE				VIGENCIA HASTA				DÍAS				VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE				VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA							
00:00 Horas Del				02/02/2023				24:00 Horas Del				02/01/2024				N/A				N/A			
TOMADOR		ROJAS MEDINA, NOHORA ROSALBA										No. DOC. IDENTIDAD		51.814.455									
DIRECCIÓN		KRA 81G #14B18										TELÉFONO		3005584646									
ASEGURADO		ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA										No. DOC. IDENTIDAD		830.107.985-1									
DIRECCIÓN		CLL 95 # 68 F 24										TELÉFONO		3102502165									
BENEFICIARIO		ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA										No. DOC. IDENTIDAD		830.107.985-1									
DIRECCIÓN		CLL 95 # 68 F 24										TELÉFONO		3102502165									

GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO No.APC2023-DIMFKENNY-CON032 , CUYO OBJETO ES

EL CONTRATISTA EN SU CALIDAD DE TRABAJADOR INDEPENDIENTE SE OBLIGA CON EL CONTRATANTE A PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO AGENTE EDUCATIVO EN EL MARCO DEL CONTRATO DE APORTE SUSCRITO CON EL ICBF PARA LA INSTITUCIÓN DEL COI DIMF

NOMBRE DEL AMPARO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA\$	VALOR PRIMAS
CUMPLIMIENTO	00:00 Horas Del 02/02/2023	24:00 Horas Del 02/01/2024	3.693.565,80	10.000,00
CALIDAD DEL SERVICIO	00:00 Horas Del 02/02/2023	24:00 Horas Del 02/01/2024	3.693.565,80	10.000,00
		TOTAL ASEGURADO	\$ 7.387.131,60	

INTERMEDIARIOS		TIPO		% PARTICIPACIÓN	
ASESORIAS Y SOLUCIONES M&M LTDA		AGENCIAS		100,00	
DISTRIBUCIÓN COASEGURO					
COMPAÑIA	TIPO COASEGURO	PÓLIZA LÍDER	CERTIF. LÍDER	% PARTICIPACIÓN	
CONVENIO DE PAGO	DIRECTO EFECTIVO, Fecha de Pago: 23/02/2023				

ES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO DILIGENCIAR EL FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE, SUMINISTRAR INFORMACIÓN VERAZ Y VERIFICABLE Y REALIZAR ACTUALIZACIÓN DE DATOS POR LO MENOS ANUALMENTE (CIRCULAR EXTERNA 025 DE 2008 SUPERFINANCIERA).

 CONSULTA LA AUTENTICIDAD DE ESTA PÓLIZA INGRESANDO A PRODUCTOS.MUNDIALSEGUROS.COM.CO DIGITA EL CÓDIGO DE SEGURIDAD QUE ENCUENTRAS EN LA PARTE SUPERIOR DE ESTE DOCUMENTO Y VIVE LA EXPERIENCIA DE ESTAR ASEGURADO CON EL RESPALDO DE SEGUROS MUNDIAL. TAMBIÉN PUEDES LLAMAR A LA LÍNEA NACIONAL 01 8000 111 935 - 327 47 12/13

EL TOMADOR Y/O ASEGURADO SEGÚN CORRESPONDA, SE COMPROMETE A PAGAR LA PRIMA DENTRO DE LOS 30 DÍAS CONTADOS A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA. DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1068 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, MODIFICADO POR EL ARTÍCULO 82 DE LA LEY 45 DE 1990, LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PRESENTE PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA. EN MI CALIDAD COMO TOMADOR DE LA PÓLIZA INDICADA EN ESTA CARATULA, MANIFIESTO EXPRESAMENTE QUE HE TENIDO A MI DISPOSICIÓN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA MANIFIESTO ADEMÁS, QUE DURANTE EL PROCESO DE NEGOCIACIÓN, ANTICIPADAMENTE ME HAN SIDO EXPLICADAS POR LA COMPAÑÍA Y/O POR EL INTERMEDIARIOS DE SEGUROS AQUÍ INDICADO, SOBRE LAS EXCLUSIONES Y ALCANCES Y CONTENIDOS DE LA COBERTURA, ASÍ COMO LAS GARANTÍAS, EN VIRTUD DE TAL ENTENDIMIENTO, LAS ACEPTO Y DECIDO TOMARLA PÓLIZA DE SEGUROS CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO.

7/7/13

Firma Autorizada - Compañía Mundial Seguro S.A.

Wohara Rojas
TOMADOR

TOMADOR

Lineas de Atención al Cliente:

- Nacional: 01 8000 111 935
- Bogotá: 327 4712 - 327 4713



Cumplimos los sueños de nuestro planeta reciclando reponsablemente.
Protege el medio ambiente evitando la impresión de este documento.

HOJA No.

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

CONTRIBUTOS A LA CÁMARA CONJUGADA DE LA INFRAESTRUCTURA V.P.A.S.A.-APF

Ciudad: BOGOTA

Mes: FEBRERO

Día: 28

Año: 2023

CUENTA DE COBRO No. 2

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-2

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2023-DIMFKENNEDY-CON014**NOMBRE: SOONER SUSANA CHAVES RODRIGUEZ****CEDULA: 52.847.653****CUENTA BANCARIA: 212220032 BANCO: BOGOTA AHORRO X CORRIENTE****LA SUMA DE: PERIODO: (\$ 2.051.981) Dos Millones Cincuenta y Un Mil Novecientos Ochenta y Un pesos M/Cte.****PERIODO: Fase de Atención - Febrero****CONCEPTO: Agente educativo, DIMF Kennedy, 11005322023, con 50 cupos PERFIL 2**

El Contratista ha desarrollado las obligaciones objeto del CONTRATO con total independencia y autonomía, frente a la Asociación Profesionales de Colombia, razón por la cual no constituye vínculo laboral alguno, ni da lugar a ninguna clase de Prestaciones Sociales de conformidad con lo establecido por la Normatividad Vigente.

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI NO X a partir de la fecha Día Mes Año en constancia:

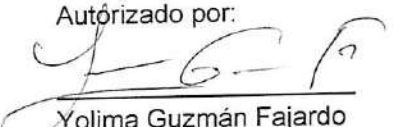
Firmo _____

Autorizo me sea descontada la suma de:

APORTES FONDO	0
PRESTAMOS	0
OTROS DESCUENTOS (intereses):	0
TOTAL, DESCUENTOS	0

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: : (\$ 2.051.981) Dos Millones Cincuenta y Un Mil Novecientos Ochenta y Un pesos M/Cte. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

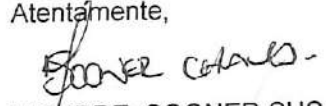
Autorizado por:


Yolima Guzmán Fajardo
Coordinador
C.C. 40.443.431

Aprobado por:


Ana Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,


NOMBRE: SOONER SUSANA CHAVES RODRIGUEZ
C.C. 52.847.653DR. Carrera 79 f # 46 16 sur bloque 10 apartamento 110 / 3208053272
soonerchaves@hotmail.com

NOTA: Se debe anexar planilla de pago de los Aportes a Salud, Pensión y ARL, del mes vencido y productos del mes según certificación de cumplimiento.

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO POR CARGO
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
CTO # 1100/535/2023



PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO GRAN BRITANIA
NOMBRE	SOONER SUSANA CHAVES RODRIGUEZ
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	FEBRERO

CARGO		AGENTE EDUCATIVO						
PERIODO Y FECHA		FEBRERO						
FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	1	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias según la fase diagnostica, con los 3 GA (4 por cada UA)	1.1 RAM (3) (físico y digital) 1.2 Planeación cargada al drive correspondiente del GT (4) 1.3 Registro en el formato de planeación del registro visual 1.4 Entrega de refrigerios (6 x GT)	40%	1-3-2023	X		
		2. Organizar, archivar y digitalizar la documentación requerida para la formalización del cupo del GA (50)	2.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 2.2 Acomodación de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 2.3 Digitalización de cada uno de los documentos de los participantes del GA _Opcional 2.4 Cargue de los documentos al drive correspondiente al GT_ Opcinal al avance del ítem anterior 2.5 Archivo Físico de los documentos en las carpetas respectivas (50 carpetas)	15%	28-02-72023	X		
		3. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 40 minutos de formación (DIMF)	3.1 Desarrollo los 15 encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atención correspondiente. * Formato Verificación condiciones de habitabilidad (Criterios de focalización) .	25%	1-3-2023	X		
		4. Apoyar el proceso de digitalización de la información física que se requiera según las indicaciones y el protocolo de archivo, y elaboración de directorio por GA (50)	4.1 Directorio, de las 50 familias participantes	10%	28-02-72023	X		
		5. Entrega de Raciones	5.1 Formato RPP 5.1 Fotografías uno a uno de la entrega de RPP - en power Point	10%	1-3-2023	X		
		TOTAL			100%			

FIRMA CONTRATISTA	<i>Sooner Chaves</i>
NOMBRE:	SOONER CHAVES
C.C.	52 847 653 07A

FIRMA COORDINADORA	<i>Yolima Gamero</i>
NOMBRE:	Yolima Gamero
C.C.	40 443 43

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que SOONER CHAVES, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 52.847.653 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 212220032, abierta/o desde el 29/1/2023.

Se expide en Bogotá el día 30 del mes de Enero del año 2023 con destino a: 830107985-1



Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **52.847.653**
CHAVES RODRIGUEZ

APELLIDOS
SOONER SUSANA

NOMBRES

Susana Chaves
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

10-NOV-1979

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60

B+

F

ESTATURA

G.S. RH

SEXO

16-ABR-1998 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

Juan Carlos Galindo Vacha
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-1500150-00942674-F-0052847653-20171004

0057779283A 2

9910130045

Código Único para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado



* 0 1 B 1 4 2 4 6 3 2 8 *



* 0 1 0 8 1 9 1 4 8 8 *

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE

A. AFILIACIÓN

R. REPORTE DE NOVEDADES ☒

2. TIPO DE AFILIACIÓN

A. Individual

B. Beneficiario o cabeza de familia

C. Beneficiario o afiliado adicional

D. Colectiva

E. Institucional

F. De oficio

3. REGIMEN

G. Contributivo

H. Subsidiado

4. TIPO DE AFILIADO

CO Cotizante ☒

CE Cabeza de Familia

BE Beneficiario

5. TIPO DE EDITANTE

A. Dependiente

B. Independiente ☒

P. Pensionado

D. Independiente sin prestación de servicios

FECHA DE LA SOLICITUD

08 de Feb de 2023

A. AFILIACIÓN

B. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO

Chaves

SEGUNDO APELLIDO

Rodriguez

PRIMER NOMBRE

Sooner

SEGUNDO NOMBRE

Josmar

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

CC Cédula de Ciudadanía

8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

52847653

9. SEXO

M

10. FECHA NACIMIENTO

10/11/77

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ÉTNICO

Código

12. DISCAPACIDAD

Tipo

Condición

13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISREN

14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL

15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES

17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC

18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA

LOCALIDAD / COMUNA

BARRIO

CIUDAD / MUNICIPIO

Bogotá

DEPARTAMENTO

Cundinamarca

ZONA

U

R

TELÉFONO FIJO

CÓDIGO EPS

TELÉFONO MÓVIL

3208053272

CORREO ELECTRÓNICO

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

PRIMER NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

CÓDIGO EPS

20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

CC Cédula de Ciudadanía

21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

22. SEXO

M

23. FECHA NACIMIENTO

10/11/77

CÓDIGO EPS

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	25. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	26. NÚMERO DE IDENTIDAD	27. SEXO	28. FECHA DE NACIMIENTO	29. PREVENCIÓN	30. ETNIA	31. DISCAPACIDAD
1. nueva eps A1005 Milton Cabezas							
2.							
3.							
4.							
32. DATOS DE RESIDENCIA	33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (La empresa o EPS)	34. Nombre y código de la IPS	EXCEPCIÓN DEL TRASLADO	35. NIVEL DE SISREN	36. GRUPO FAMILIAR	37. COMPLEMENTO TIEMPO POR CESIÓN	38. SERVICIO ASISTENCIAL
1. 2023 FEB. 08							
2.							
3.							
4.							

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o Razón Social	36. Tipo documento de identidad	37. Número documento de identidad	DV	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
Sooner Josmar Chaves	CC Cédula de Ciudadanía	52847653		
39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN	TELÉFONO Fijo	TELÉFONO Móvil	CORREO ELECTRÓNICO	
CRA 79F #46-16 Sur Bogotá		3208053272		
FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL	CARGO	SALARIO		
01/02/2023	Agente Educativo	\$1.160.000-		

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. TIPO DE NOVEDAD	41. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES	42. MOVILIDAD
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN	43. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR	44. AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN	45. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO	46. AL RÉGIMEN SUBSIDIADO
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD	47. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS	48. TRASLADO
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS	49. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS	49. AL MISMO RÉGIMEN
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS		50. A DIFERENTE RÉGIMEN
6. REINSCRIPCIÓN EN LA EPS		51. REPORTE DE FALLECIMIENTO
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES		52. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE
		53. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO
		54. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
PRIMER APELLIDO		
SEGUNDO APELLIDO		
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	SEXO	FECHA NACIMIENTO
CC Cédula de Ciudadanía	M	10/11/77
42. FECHA (a partir de)	43. EPS ANTERIOR	44. EXCEPCIÓN DEL TRASLADO
01/02/2023	Código	45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración Juramentada de convivencia: Declaro que convivo con el(los) Señor(a) _____ Identificado(a) con _____ No _____

desde el día _____ del mes _____ del año _____

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí.

47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo. Especial o de Excepción.

48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impidan la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad.

49. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.

50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.

51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la reciban.

52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.

53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario

14892116381



(415)7707212489984(8020) 000001489211638 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

5 2 8 4 7 6 5 3 4

6. DV

12. Dirección seccional
Impuestos de Bogotá

3 2

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de identificación

5 2 8 4 7 6 5 3

27. Fecha expedición

1 9 9 8, 0 4, 1 6

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

CHAVES

32. Segundo apellido

RODRIGUEZ

33. Primer nombre

SOONER

34. Otros nombres

SUSANA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

LOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CR 79 F 46 16 SUR BLOQUE 3 AP 110

42. Correo electrónico soonerchaves@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 2 5 6 6 3 5 2 2

45. Teléfono 2

3 2 0 8 0 5 3 2 7 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

Actividad secundaria

Otras actividades

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

50. Código

1 2

51. Código

52. Número establecimientos

8 5 1 1 2 0 1 6, 0 2, 1 8

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 2 0

20- Obtención NIT

Obligaciones aduaneras

Exportadores

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									
	11	12	13	14	15	16	17	18	19
									20

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

X

60. No. de Folios:

0

61. Fecha

2023 - 01 - 30 / 11 : 16 : 22

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.

Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre CHAVES RODRIGUEZ SOONER SUSANA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

LA COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A

CERTIFICA:

Que la garantía de Cumplimiento contenida en la póliza COQ-100000094 y endoso, 0 cuyo afianzado es: CHAVEZ RODRIGUEZ, SOONER SUSANA Asegurado o Beneficiario: ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA / ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA, expedida por la Compañía en 27/02/2023, no expirará por falta de pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella o por revocación unilateral por parte del Tomador o de la Compañía.

CEN ORINOQUIA a los 27 días del mes FEBRERO del año 2023.



Firma Autorizada - Compañía Mundial de Seguros S.A.

Digitally signed by COMPANIA
MUNDIAL DE SEGUROS S A
Date: 2023.02.27 07:53:01 -05:00

COMPANHIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.
DIRECCION GENERAL CALLE 33 N. 6B - 24 PISOS 1,2 Y 3 - BOGOTA
TELÉFONO: 2855600 FAX 2851220 - WWW.SEGUROS-MUNDIAL.COM.CO

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO

EN FAVOR DE ENTIDADES PARTICULARES

VERSION CLAUSULADO 06-04-2021-1317-P-05-PP5US2R000000065-0001

Código de Seguridad: P0ADURP8fUx5qH0IWGgTJA==

No. PÓLIZA		COQ-10000094		No. ANEXO		0		No. CERTIFICADO		532000103		No. RIESGO			
TIPO DE DOCUMENTO								FECHA DE EXPEDICIÓN		27/02/2023		SUC. EXPEDIDORA		CEN ORINOQUIA	
VIGENCIA DESDE				VIGENCIA HASTA				DÍAS		VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE		VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA			
00:00 Horas Del				01/02/2023				24:00 Horas Del		01/01/2024		N/A		N/A	
TOMADOR		CHAVEZ RODRIGUEZ, SOONER SUSANA										No. DOC. IDENTIDAD		52.847.653	
DIRECCIÓN		CALLE 95 N 68F- 24										TELÉFONO		3208053272	
ASEGURADO		ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA										No. DOC. IDENTIDAD		830.107.985-1	
DIRECCIÓN		CLL 95 # 68 F 24										TELÉFONO		3102502165	
BENEFICIARIO		ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA										No. DOC. IDENTIDAD		830.107.985-1	
DIRECCIÓN		CLL 95 # 68 F 24										TELÉFONO		3102502165	

OBJETO DE CONTRATO

OBJETO DE CONTRATO

GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO NO.APC2023-DIMKENNY-CON014 , CUYO OBJETO ES

EL CONTRATISTA EN SU CALIDAD DE TRABAJADOR INDEPENDIENTE SE OBLIGA CON EL CONTRATANTE A PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO AGENTE EDUCATIVO EN EL MARCO DEL CONTRATO DE APOORTE SUSCRITO CON EL ICBF PARA LA INSTITUCIÓN DEL CDI DIMF

NOMBRE DEL AMPARO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADAS	VALOR PRIMAS
CUMPLIMIENTO	00:00 Horas Del 01/02/2023	24:00 Horas Del 01/01/2024	4.134.240,00	10.000,00
CALIDAD DEL SERVICIO	00:00 Horas Del 01/02/2023	24:00 Horas Del 01/01/2024	4.134.240,00	10.000,00
		TOTAL ASEGURADO	\$ 8.268.480,00	

INTERMEDIARIOS		TIPO	% PARTICIPACIÓN
ASESORIAS Y SOLUCIONES H&M LTDA	AGENCIAS	100,00	

DISTRIBUCIÓN COASEGURO				
COMPANIA	TIPO COASEGURO	PÓLIZA LÍDER	CERTIF. LÍDER	% PARTICIPACIÓN

PRIMA BRUTA	\$	20.000,00
DESCUENTOS	\$	
EXTRA PRIMA		
PRIMA NETA	\$	20.000,00
GASTOS EXP.	\$	5.000,00
IVA	\$	4.750,00
TOTAL A PAGAR	\$	29.750,00

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

ES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO DILIGENCIAR EL FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE, SUMINISTRAR INFORMACIÓN VERAZ Y VERIFICABLE Y REALIZAR ACTUALIZACIÓN DE DATOS POR LO MENOS ANUALMENTE (CIRCULAR EXTERNA 026 DE 2008 SUPERFINANCIERA).

CONSULTA LA AUTENTICIDAD DE ESTA PÓLIZA INGRESANDO A PRODUCTOS.MUNDIALSEGUROS.COM.CO DIGITA EL CÓDIGO DE SEGURIDAD QUE ENCUENTRAS EN LA PARTE SUPERIOR DE ESTE DOCUMENTO Y VIVE LA EXPERIENCIA DE ESTAR ASEGURADO CON EL RESPALDO DE SEGUROS MUNDIAL. TAMBIÉN PUEDES LLAMAR A LA LÍNEA NACIONAL 01 8000 111 935 - 327 47 12/13

EL TOMADOR Y/O ASEGURADO SEGÚN CORRESPONDA, SE COMPROMETE A PAGAR LA PRIMA DENTRO DE LOS 30 DÍAS CONTADOS A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA. DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1068 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, MODIFICADO POR EL ARTÍCULO 82 DE LA LEY 45 DE 1990, LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PRESENTE PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA. EN MI CALIDAD COMO TOMADOR DE LA PÓLIZA INDICADA EN ESTA CARÁTULA, MANIFIESTO EXPRESAMENTE QUE HE TENIDO A MI DISPOSICIÓN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA MANIFIESTO ADemás, QUE DURANTE EL PROCESO DE NEGOCIACIÓN, ANTECIPADAMENTE ME HAN SIDO EXPLICADAS POR LA COMPAÑÍA Y/O POR EL INTERMEDIARIOS DE SEGUROS AQUÍ INDICADO, SOBRE LAS EXCLUSIONES Y ALCANCES Y CONTENIDOS DE LA COBERTURA, ASÍ COMO LAS GARANTÍAS, EN VIRTUD DE TAL ENTENDIMIENTO, LAS ACEPTO Y DECIDO TOMARLA PÓLIZA DE SEGUROS CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO.

Lineas de Atención al Cliente:

- Nacional: 01 8000 111 935
- Bogotá: 327 4712 - 327 4713

Firma Autorizada - Compañía Mundial Seguro S.A.

TOMADOR

Cumplimos los sueños de nuestro planeta reciclando responsablemente.
Protege el medio ambiente evitando la impresión de este documento.

HQA No

Ciudad: Bogotá D.C

Mes: Febrero

Día: 28

Año: 2023

CUENTA DE COBRO No. 2

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2023-DIMFKENNEDY-CON006

NOMBRE: Yanileth Rocio Roa Wilches

CEDULA: 1.023.949.135

CUENTA BANCARIA: 316436682 **BANCO:** BOGOTA **AHORRO** ☒ **CORRIENTE** ☐

LA SUMA DE: (\$2.296.800) Dos millones doscientos noventa y seis mil ochocientos pesos M/Cte

PERIODO: Fase Atención Febrero

CONCEPTO: Apoyo psicosocial, DIMF Kennedy, Numero contrato 11005322023, con 150 cupos.

El Contratista ha desarrollado las obligaciones objeto del CONTRATO con total independencia y autonomía, frente a la Asociación Profesionales de Colombia, razón por la cual no constituye vínculo laboral alguno, ni da lugar a ninguna clase de Prestaciones Sociales de conformidad con lo establecido por la Normatividad Vigente.

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI ☐ **NO** ☒ a partir de la fecha Día Mes Año en constancia:

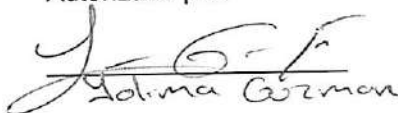
Firmo _____

Autorizo me sea descontada la suma de:

APORTES FONDO	0
PRESTAMOS	0
OTROS DESCUENTOS (intereses):	0
TOTAL, DESCUENTOS	0

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: (\$2.296.800) Dos millones doscientos noventa y seis mil ochocientos pesos M/Cte Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:



Coordinador

C.C. 40443-431

Atentamente,

Roco Roa

NOMBRE: Yanileth Rocio Roa Wilches

C.C. 1.023.949.135

DR: Carrera 18 B # 70 B – 28 Sur

TEL: 3014638430

CORREO: yrocio1023@gmail.com

Aprobado por:


Ana Rocio Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

NOTA: Se debe anexar planilla de pago de los Aportes a Salud, Pensión y ARL, del mes vencido y productos del mes según certificación de cumplimiento.

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO POR CARGO
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
CTO # 1100/535/2023



PROGRAMA	DIMP GESTANDO FUTURO GRAN BRITANIA
NOMBRE	YANILETH ROCIO ROA WILCHES
CARGO	PSICOSOCIAL
PERIODO y FECHA	FEBRERO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISIÓN	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCIÓN	1	1. Verifica la existencia del registro civil de las niñas y los niños (y del documento de identidad de las mujeres gestantes). En los casos de no contarse, orienta y hace seguimiento de la familia y cuidadores y adelanta acciones ante la autoridad competente, según corresponda	1.1 Carpetas de los participantes - Lista de chequeo 1.2 Visitas de criterio de focalización Cantidad (80) 1.3 Acta de proceso o Formato de novedades	10%		✓		1.3
		2. Implementa acciones de articulación con autoridades, instituciones, servicios sociales, comunidades y los diferentes actores de su territorio, para promover redes protectoras para las niñas, los niños y las mujeres gestantes. (MINIMO 10 gestiones por Sede de Atención)	2.1. Cartas de gestión con radicado 2.2. Matriz de Gestión interinstitucional	20%		✓		
		4. Realizar la verificación y consolidación de los criterios de focalización acorde a la Guía para la focalización de usuarios de los servicios de primera infancia V3 del 14/02/2022. Los participantes que requieren de acta de visita domiciliar con diagnóstico en situación de vulnerabilidad deben ser visitados por el profesional psicosocial, para posteriormente consolidar los criterios acorde a lo estipulado por la EAS. TODOS LOS SOPORTES DEBEN COINCIDIR CON LA BASE DE ROTACIONES DEL CUENTAME	4.1 Formato diligenciado de visitas de criterio de focalización	30%		✓		
		5. Focalización de participantes de acuerdo a lo estipulado en el Manual Operativo y Guía de Focalización del ICBF (50 familias)	5.1 Desarrollo de pieza comunicativa 5.2 Consecución de participantes por GA Formato f2. mo12.pp de preinscripción-Suba Formato Centro zonal Focalización - Kennedy 5.3 Registro Fotográfico de las jornadas cargadas al drive correspondiente del GT	20%		✓		52
		6. Procesos de Formación y cualificación al Talento Humano	6.1 Acta de socialización protocolo de actuaciones ante alertas de amenaza, vulneración o inobservancia de los derechos en lo servicios de atención a primera infancia " 6.2 Registro Fotográfico 6.3 Planeación de la Jornada	10%		✓		
		7. Informe de gestión mensual en el formato f8 cotractal y general de acciones	7. Formato de Informe – Enviado por Coordinación Drive	10%		✓		

FIRMA CONTRATISTA	Yanileth Rocio Roa
NOMBRE:	Yanileth Rocio Roa
C.C.	1.023.944.135

FIRMA COORDINADORA	J-G-F
NOMBRE:	Yolima Gomez
C.C.	1104443431

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que YANILETH ROA, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 1.023.949.135 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 316436682, abierta/o desde el 26/1/2023.

Se expide en Bogotá el día 27 del mes de Enero del año 2023 con destino a: A quien pueda interesar



Firma Autorizada

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.023.949.135
ROA WILCHES

APELLIDOS
YANILETH ROCIO

NOMBRES
Rocio Roa.

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 17-ENE-1996
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO
1.67 O- F
ESTATURA Q.S. RH SEXO

18-FEB-2014 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



P-1500167 00551316-F-1023949135-20140303 0037504027A 1 42254106

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1023949135	YANILETH ROCIO ROA WILCHES		KR 18B 70 2B SUR	3014638430	yrocia1023@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D. C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
					1 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2023-02	2023-02	I	03/03/2023	65525664	\$336.700

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora	Valor Mora	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor		Cotización	UPC		
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	145.000	0		0		0	0	0	0	145.000	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	
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	185.600	0	0	0	0	0	0		185.600	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	6.100				6.100	0	0	6.100			61	6.100	1

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre					NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte

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 ICE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	145.000	145.000
Pensión	1	185.600	185.600
Riesgos Laborales	1	6.100	6.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	336.700	336.700

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1023949135	YANILETH ROCIO ROA WILCHES		KR 188 70 28 SUR	3014638430	yrocia1023@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
					1 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2023-02	2023-02	I	03/03/2023	65525664	\$335 700

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN					SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF		PARAFISCALES								
Id.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Salario	Extranjero	Cotiza en el extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SEVA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	1023949135	ROA WILCHES YANILETH ROCIO	59	0	N												230201	1.160.600	165.600	0	0	0	0	EPSC02	1.160.000	145.000	14-11	1.160.000	1	6.100		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA



¡Hola, Jorge Armando Peña Correal

Gracias por utilizar los servicios de BANCO DAVIVIENDA y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:

Estado de la Transacción: Aprobada

CUS 1948788431

Empresa COMPENSAR-01

Descripción: MiPlanilla.com Pago Protección Social

Valor de la Transacción: \$ 336 700 ✓

Fecha de Transacción: 02/03/2023 ✓

Ten en cuenta estos tips de seguridad

► Digita siempre manualmente la dirección del portal de tu Banco para asegurar que no estás siendo redirigido a un sitio que suplanta a tu Entidad Financiera.

► Utiliza dispositivos de uso personal o confiable para realizar tus pagos.

► Procura cambiar tus contraseñas bancarias frecuentemente.



 TransaccionesACH  @ACH_Informa

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario

14900622477



(415)7707212489984(8020) 000001490062247 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 2 3 9 4 9 1 3 5

6. DV

4

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

1 0 2 3 9 4 9 1 3 5

27. Fecha expedición

2 0 1 4, 0 2, 1 8

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

ROA

32. Segundo apellido

WILCHES

33. Primer nombre

YANILETH

34. Otros nombres

ROCIO

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CARRERA 93 B 42 F 59 SUR

42. Correo electrónico

yrocio1023@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 0 1 4 6 3 8 4 3 0

45. Teléfono 2

6 0 1 7 9 1 1 0 1 8

CLASIFICACIÓN

Actividad económica					Ocupación		
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades	51. Código		52. Número establecimientos
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código			
7 2 2 0	2 0 2 3, 0 1, 3 1			1 2			

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	4	9																								

49 - No responsable de IVA

DOCUMENTO AUTENTICADO

Obligados aduaneros										Exportadores				
										55. Forma	56. Tipo	Servicio		
												1	2	3
										57. Modo				
										58. CPC				

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

X

60. No. de Folios:

0

61. Fecha

2023 - 03 - 03 / 19 : 06 : 20

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.

Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ROA WILCHES YANILETH ROCIO

985. Cargo CONTRIBUYENTE



LA COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A

CERTIFICA:

Que la garantía de Cumplimiento contenida en la póliza CV-100030634 y endoso, 0 cuyo afianzado es: ROA WILCHES, YANILETH ROCIO Asegurado o Beneficiario: ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA / ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA , expedida por la Compañía en 17/02/2023, no expirará por falta de pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella o por revocación unilateral por parte del Tomador o de la Compañía.

AG.VILLAVICENCIO a los 17 días del mes FEBRERO del año 2023.



Firma Autorizada - Compañía Mundial de Seguros S.A.



Código de Seguridad: 0vkTHB7Ukf7t7UYFGMXdCw==

No. PÓLIZA	CV-100030634	No. ANEXO	0	No. CERTIFICADO	24097072	No. RIESGO	
TIPO DE DOCUMENTO				FECHA DE EXPEDICIÓN	17/02/2023	SUC. EXPEDIDORA	AG. VILLAVICENCIO
VIGENCIA DESDE		VIGENCIA HASTA		DÍAS	VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE		VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA
00:00 Horas Del 31/01/2023		24:00 Horas Del 08/01/2024			N/A		N/A
TOMADOR	ROA WILCHES, YANILETH ROCIO					No. DOC. IDENTIDAD	1.023.949.135
DIRECCIÓN	CR 168 N 70-28					TELÉFONO	3014638430
ASEGURADO	ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA					No. DOC. IDENTIDAD	830.107.985-1
DIRECCIÓN	CLL 95 # 68 F 24					TELÉFONO	3102502165
BENEFICIARIO	ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA					No. DOC. IDENTIDAD	830.107.985-1
DIRECCIÓN	CLL 95 # 68 F 24					TELÉFONO	3102502165

OBJETO DE CONTRATO

GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO
No.APC2023-DIMKENNY-CON006 , CUYO OBJETO ES

PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICOLOGA EN EL MARCO DEL CONTRATO DE APOORTE SUSCRITO CON EL ICBF PARA LA ATENCION DEL CODIMF, LO CUAL COMPARTA EL DESPLIEGUE DE TRABAJOS Y DEMAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL SERVICIO CONTRATADO EL CUAL DEBE REALIZAR DE CONFORMIDAD CON LOS PARAMETROS DEFINIDOS EN EL MANUAL DE FUNCIONES DIVULGADO AL CONTRATISTA

NOMBRE DEL AMPARO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA\$	VALOR PRIMA\$
CUMPLIMIENTO	00:00 Horas Del 31/01/2023	24:00 Horas Del 08/01/2024	4.149.552,00	10.000,00
CALIDAD DEL SERVICIO	00:00 Horas Del 31/01/2023	24:00 Horas Del 31/12/2023	4.149.552,00	10.000,00
		TOTAL ASEGURADO	\$ 8.299.104,00	

INTERMEDIARIOS	TIPO	% PARTICIPACIÓN	PRIMA BRUTA	\$ 20.000,00
ASESORIAS Y SOLUCIONES M&M LTDA	AGENCIAS	100,00	DESCUENTOS	\$

DISTRIBUCIÓN COASEGURO				
COMPAÑIA	TIPO COASEGURO	PÓLIZA LÍDER	CERTIF. LÍDER	% PARTICIPACIÓN

PRIMA BRUTA	\$ 20.000,00
DESCUENTOS	\$
EXTRA PRIMA	
PRIMA NETA	\$ 20.000,00
GASTOS EXP.	\$ 5.000,00
IVA	\$ 4.750,00
TOTAL A PAGAR	\$ 29.750,00

CONVENIO DE PAGO DIRECTO EFECTIVO, Fecha de Pago: 17/02/2023

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

ES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO DILIGENCIAR EL FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE, SUMINISTRAR INFORMACIÓN VERAZ Y VERIFICABLE Y REALIZAR ACTUALIZACIÓN DE DATOS POR LO MENOS ANUALMENTE (CIRCULAR EXTERNA 026 DE 2008 SUPERFINANCIERA).

 CONSULTA LA AUTENTICIDAD DE ESTA PÓLIZA INGRESANDO A PRODUCTOS.MUNDIALSEGUROS.COM.CO DIGITA EL CÓDIGO DE SEGURIDAD QUE ENCUENTRAS EN LA PARTE SUPERIOR DE ESTE DOCUMENTO Y VIVE LA EXPERIENCIA DE ESTAR ASEGURADO CON EL RESPALDO DE SEGUROS MUNDIAL. TAMBIÉN PUEDES LLAMAR A LA LÍNEA NACIONAL 01 8000 111 935 - 327 47 12/13

EL TOMADOR Y/O ASEGURADO SEGÚN CORRESPONDA, SE COMPROMETE A PAGAR LA PRIMA DENTRO DE LOS 30 DÍAS CONTADOS A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA. DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1068 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, MODIFICADO POR EL ARTÍCULO 82 DE LA LEY 45 DE 1990, LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PRESENTE PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA. EN MI CALIDAD COMO TOMADOR DE LA PÓLIZA INDICADA EN ESTA CARATULA, MANIFIESTO EXPRESAMENTE QUE HE TENIDO A MI DISPOSICIÓN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA MANIFIESTO ADÉMÁS, QUE DURANTE EL PROCESO DE NEGOCIACIÓN, ANTICIPADAMENTE ME HAN SIDO EXPLICADAS POR LA COMPAÑÍA Y/O POR EL INTERMEDIARIOS DE SEGUROS AQUÍ INDICADO, SOBRE LAS EXCLUSIONES Y ALCANCES Y CONTENIDOS DE LA COBERTURA, ASÍ COMO LAS GARANTÍAS, EN VIRTUD DE TAL ENTENDIMIENTO, LAS ACEPTO Y DECIDO TOMARLA PÓLIZA DE SEGUROS CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO.

[Handwritten signature]

Firma Autorizada - Compañía Mundial Seguro S.A.

Roco Roy

TOMADOR

Lineas de Atención al Cliente:

- Nacional: 01 8000 111 935
- Bogotá: 327 4712 - 327 4713



Cumplimos los sueños de nuestro planeta reciclando responsablemente.
Protege el medio ambiente evitando la impresión de este documento.

Ciudad: BOGOTA D.C

Mes: FEBRERO

Día: 28

Año:2023

CUENTA DE COBRO No. 2

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2023-DIMFKENNEDY-CON031

NOMBRE: YURI ALEXANDRA GARCIA AVILA

CEDULA: 1.032.378.503

CUENTA BANCARIA: 075601401 **BANCO:** BOGOTA **AHORRO** X **CORRIENTE**

LA SUMA DE: PERIODO: (\$3.062.400) Tres Millones Sesenta y Dos Mil Cuatrocientos pesos M/Cte.

PERIODO: Fase Atención Febrero

CONCEPTO: Apoyo Psicosocial, DIMF Kennedy, 11005322023, con 200 cupos.

El Contratista ha desarrollado las obligaciones objeto del CONTRATO con total independencia y autonomía, frente a la Asociación Profesionales de Colombia, razón por la cual no constituye vínculo laboral alguno, ni da lugar a ninguna clase de Prestaciones Sociales de conformidad con lo establecido por la Normatividad Vigente.

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI **NO** X a partir de la fecha Día Mes Año en constancia:

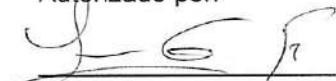
Firmo _____

Autorizo me sea descontada la suma de:

APORTES FONDO	0
PRESTAMOS	0
OTROS DESCUENTOS (intereses):	0
TOTAL, DESCUENTOS	0

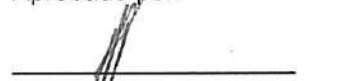
TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: (\$3.062.400) Tres Millones Sesenta y Dos Mil Cuatrocientos pesos M/Cte. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:



Yolima Guzmán Fajardo
Coordinador
C.C. 40.443.431

Aprobado por:



Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,



NOMBRE: Yuri Alexandra García Avila

C.C. 1.032.378.513

Carrera 70 B # 05 B 06

Tel: 3186669533

Correo : alexandrapsicosocial03@gmail.com

NOTA: Se debe anexar planilla de pago de los Aportes a Salud, Pensión y ARL, del mes vencido y productos del mes según certificación de cumplimiento.

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO POR CARGO
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
CTO # 1100/535/2023



PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO GRAN BRITANIA
NOMBRE	YURI ALEXANDRA GARCIA AVILA
CARGO	PSICOSOCIAL
PERIODO y FECHA	FEBRERO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	1	1. Verifica la existencia del registro civil de las niñas y los niños (y del documento de identidad de las mujeres gestantes). En los casos de no contarse, orienta y hace seguimiento de la familia y cuidadores y adelanta acciones ante la autoridad competente, según corresponda	1.1 Carpetas de los participantes - Lista de chequeo 1.2 Visitas de criterio de focalización Cantidad (80) 1.3 Acta de proceso o Formato de novedades	10%	1-3-2023	✓		1.3
		2. Implementa acciones de articulación con autoridades, instituciones, servicios sociales, comunidades y los diferentes actores de su territorio, para promover redes protectoras para las niñas, los niños y las mujeres gestantes. (MINIMO 10 gestiones por Sede de Atención)	2.1. Cartas de gestión con radicado 2.2. Matriz de Gestión interinstitucional	20%	1-3-2023	✓		
		4. Realizar la verificación y consolidación de los criterios de focalización acorde a la Guía para la focalización de usuarios de los servicios de primera infancia V3 del 14/02/2022. Los participantes que requieren de acta de visita domiciliar con diagnóstico en situación de vulnerabilidad deben ser visitados por el profesional psicosocial, para posteriormente consolidar los criterios acorde a lo estipulado por la EAS. TODOS LOS SOPORTES DEBEN COINCIDIR CON LA BASE DE ROTACIONES DEL CUENTAME	4.1 Formato diligenciado de visitas de criterio de focalización	30%	1-3-2023	✓		
		5. Focalización de participantes de acuerdo a lo estipulado en el Manual Operativo y Guía de Focalización del ICBF (50 familias)	5.1 Desarrollo de pieza comunicativa 5.2 Consecución de participantes por GA Formato f2. mo12 pp de preinscripción-Suba Formato Centro zonal Focalización - Kennedy 5.3 Registro Fotográfico de las jornadas cargadas al drive correspondiente del GT	20%	1-3-2023	✓		5.2
		6. Procesos de Formación y cualificación al Talento Humano	6.1 Acta de socialización protocolo de actuaciones ante alertas de amenaza, vulneración o inobservancia de los derechos en lo servicios de atención a primera infancia 6.2 Registro Fotográfico 6.3 Planeación de la Jornada	10%	1-3-2023	✓		
		7. Informe de gestión mensual en el formato f8 contractual y general de acciones	7. Formato de Informe – Enviado por Coordinación Drive	10%	1-3-2023	✓		
TOTAL				100%				

FIRMA CONTRATISTA	Yuri Alexandra Garcia
NOMBRE:	Yuri Alexandra Garcia
C.C.	1032378513

FIRMA COORDINADORA	Yolma Granera
NOMBRE:	Yolma Granera
C.C.	21644343

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que YURI GARCIA, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 1.032.378.513 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 075601401, abierta/o desde el 28/7/2014, con saldo a la fecha de: \$ 9.377

Se expide en Bogotá el día 26 del mes de Febrero del año 2023 con destino a: Asociacion profesionales de Colombia



Firma Autorizada

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.032.378.513**
GARCIA AVILA

APELLIDOS
YURI ALEXANDRA

NOMBRES

Yuri Alexandra Garcia A.

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **18-DIC-1986**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

17-ENE-2005 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

Juan Carlos Galindo Vacha
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Exonerado SENA e ICBF
CC 1032378513		GARCIA AVILA YURI ALEXANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 70B # 05B 06	BOGOTA-BOGOTA D.E.	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION							
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco
2023-01	2023-01	72520536	9446050862	I	2023/02/03	2023/02/03	BANCO DE OCCIDENTE
							Días Mora
							Valor
							0
							\$44,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$154,667	\$24,800			\$154,667	\$19,400			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$154,667	\$24,800			\$154,667	\$19,400			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$154,667	\$24,800			\$154,667	\$19,400			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0
1	CC 1032378513	GARCIA YURI	25-14	4	\$154,667	\$24,800	EP5017	4	\$154,667	\$19,400	0		\$0	\$0	0		\$0	\$0	0		\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$154,667	\$24,800			\$154,667	\$19,400			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE										
Identificación	dv	Razon Social		Clase Aportante		Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1032378513		GARCIA AVILA YURI ALEXANDRA		INDEPENDIENTE		PRINCIPAL	CR 70B # 05B 06	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1234567	No
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION										
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor	
2023-01	2023-01	72520536	9446050862	I	2023/02/03	2023/02/03	BANCO DE OCCIDENTE	0	\$44,200	
RESUMEN DE PAGO										
RIESGO		CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$24,800	\$0	\$0	\$24,800	
COLPENSIONES	25-14		900,336,004	7	1	\$24,800	\$0	\$0	\$24,800	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$19,400	\$0	\$0	\$19,400	
FAMISANAR	EPS017		830,003,564	7	1	\$19,400	\$0	\$0	\$19,400	
TOTAL					1	\$44,200	\$0	\$0	\$44,200	

TRANSACCION EXITOSA

Fecha 23/02/2023
Hora 23:23:24
Terminal 347670
Convenio PULA - PLANILLA
ABLAIDA
ABORTES EN
LINEA
Cod. Convenio 1506
Comercio 477283
No. aprob Banco 820536
Referencia 9446050362
No. aprob 000551300701
Entidad
Valor 944.200
Usuario de JORGE EDUARDO
Venta SALE

Línea de atención Nacional

01 8000 512825 Opción 2

Email:

corresponsalesaval@an-
contacto.co

BANCO DE OCCIDENTE
VIGILADO SUPERINTENDENCIA
DINAMISTIA EN CONTACTO

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario

14891608291



(415)7707212489984(8020) 000001489160829 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

1 0 3 2 3 7 8 5 1 3

7

Impuestos de Bogotá

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

1 0 3 2 3 7 8 5 1 3

27. Fecha expedición

2 0 0 5, 0 1, 1 7

Lugar de expedición

28. País

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

GARCIA

32. Segundo apellido

AVILA

33. Primer nombre

YURI

34. Otros nombres

ALEXANDRA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CR 70 B 5 B 06

42. Correo electrónico

alexandrapsicosocial03@gmail.com

43. Código postal

1 1 0 8 3 1

44. Teléfono 1

3 1 8 6 6 6 9 5 3 3

45. Teléfono 2

3 0 4 2 6 7 5 2 9 1

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

46. Código

7 2 2 0

47. Fecha inicio actividad

2 0 1 4, 0 7, 2 3

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código

1

2

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	4	9																							

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

Exportadores

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									
	11	12	13	14	15	16	17	18	19

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

X

60. No. de Folios:

0

61. Fecha

2023 - 01 - 26 / 22 : 47 : 47

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.

Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre GARCIA AVILA YURI ALEXANDRA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

**LA COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A****CERTIFICA:**

Que la garantía de Cumplimiento contenida en la póliza COQ-100000033 y endoso, 0 cuyo afianzado es: GARCIA AVILA, YURI ALEXNDRA Asegurado o Beneficiario: ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA / ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA, expedida por la Compañía en 23/02/2023, no expirará por falta de pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella o por revocación unilateral por parte del Tomador o de la Compañía.

CEN ORINOQUIA a los 23 días del mes FEBRERO del año 2023.

Firma Autorizada - Compañía Mundial de Seguros S.A.



Ciudad: BOGOTÁ

Mes: FEBRERO

Día: 28

Año: 2023

CUENTA DE COBRO No.

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. DIMFSUBA-CON105

NOMBRE: SARA YULIETH MARIN TREJOS

CEDULA: 1.082.889.760

CUENTA BANCARIA: 274266832 BANCO: BOGOTA AHORRO X CORRIENTE

LA SUMA DE: PERIODO: (\$2.296.800). Dos Millones Doscientos Noventa y Seis Mil Ochocientos pesos M/Cte

PERIODO: Fase de Atención Febrero

CONCEPTO:

Apoyo Nutricional, DIMF Kennedy, 11005322023, con 150 cupos.

El Contratista ha desarrollado las obligaciones objeto del CONTRATO con total independencia y autonomía, frente a la Asociación Profesionales de Colombia, razón por la cual no constituye vínculo laboral alguno, ni da lugar a ninguna clase de Prestaciones Sociales de conformidad con lo establecido por la Normatividad Vigente.

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI NO X a partir de la fecha Día Mes Año en constancia:

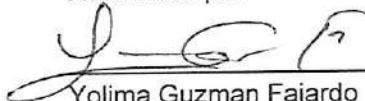
Firmo _____

Autorizo me sea descontada la suma de:

APORTES FONDO	0
PRESTAMOS	0
OTROS DESCUENTOS (intereses):	0
TOTAL, DESCUENTOS	0

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: (\$2.296.800). Dos Millones Doscientos Noventa y Seis Mil Ochocientos pesos M/Cte. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:



Yolima Guzman Fajardo
Coordinador
C.C. 40.443.431

Aprobado por:



Ana Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,



NOMBRE: Sara Yulieth Marin Trejos
C.C. 1082889760
DR. Calle 12 C 71 C 30 / 3183919646 / saramarintrejos@gmail.com

NOTA: Se debe anexar planilla de pago de los Aportes a Salud, Pensión y ARL, del mes vencido y productos del mes según certificación de cumplimiento.

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO POR CARGO
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
CTO # 11005322023



PROGRAMA	BIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	SARA MARRIN TREJOS
CARGO	NUTRICIONISTA
PERIODO Y FECHA	FEBRERO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCIÓN	1	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias según la fase diagnóstica, con las 9 UAS delegadas	1.1 Planificación cargada al drive 1.2 Acta de proceso con listados de asistencia en físico y digital 1.3 Alimentar carpetas contractuales según estándar 1.4 Cronograma de atención Grupal que evidencie la atención a las 9 UAS	35%	26/02/2023	X		
		2. Realiza toma de medidas antropométricas a cada niño, niña y mujer gestante y hacer seguimiento a los resultados. De los Grupos delegados para un total de 150 participantes	2. Formato Captura de Datos Antropométricos y el Formato Captura Datos Mujeres Gestantes y en el sistema de información Cuéntame,	31%	26/02/2023	X		
		3. Cargar a la plataforma Cuéntame los datos correspondientes a las temáticas inculcadas, de los 150 participantes asignados	3. Informe Registro de información CUENTAME	10%	26/02/2023	✓		
		4. Complementar y adecuar, el documento preexistente de "Plan de saneamiento" acorde a las condiciones de la sede de atención y el contexto de la UAS	4. Documento de "Plan de Saneamiento" Anexo	5%	1-3-2023	X		
		5. Complementar y adecuar, el documento preexistente de Documento de las "buenas prácticas de manufactura (BPM)", acorde a las condiciones de la sede de atención y el contexto de la UAS	5. Documento de "BPM" 5.1. Anexo: Físico y escáner los diferentes formatos de desinfección (Correspondientes a Febrero)	5%	1-3-2023	X		
		6. Verificar, validar, y actualizar equipos antropométricos y nutricionales garantizando el cumplimiento de los requerimientos técnicos	*6. Hoja de Vida de los equipos *6.1. Fichas Técnicas *6.2. Soporte de Calibración	2%	3-3-2023	✓		
		7. Realizar seguimiento, solicitud y verificación correspondientes a los procesos requeridos para actualización de: Visita Concepto Sanitario Lavado de tanques y Fumigación Revisión, actualización y solicitud de elementos de	7. Solicitud y seguimiento Visita SDS 7.1. Colación, cronograma y verificación de soportes (Fumigación, Lavado de tanques) 7.2. Solicitud de elementos de Botiquín, en el formato construido para tal fin	2%	3-3-2023	✓		
		8. Acompañar y apoyar la entrega de RFPF, Refrigerios y Bienestarina	8. Formatos: 8.1 Entrega de bienestarina, 8.2 Entrega de Refrigerios 8.3. Entrega de RFPF	5%	1-3-2023	X		
		9. Informe de gestión mensual en el formato B contractual y general de acciones	9. Formato de Informe - Enviado por Coordinación Drive	5%	1-3-2023	X		
TOTAL				100%				

FIRMA CONTRATISTA	Sara Mann Trejos
NOMBRE:	Sara Mann Trejos
C.C.	10228891762

FIRMA COORDINADORA	J=6-7
NOMBRE:	Adriana Gomez
C.C.	401443431

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que SARA MARIN, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 1.082.889.760 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 274266832, abierta/o desde el 14/2/2023.

Se expide en Bogotá el día 15 del mes de Febrero del año 2023 con destino a:
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA



Firma Autorizada

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.082.889.760**

MARIN TREJOS
APELLIDOS

SARA YULIETH
NOMBRES



Sara Yulieth Marin Trejos

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **15-DIC-1988**
PEREIRA
(RISARALDA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65

ESTATURA

O+

G.S. RH

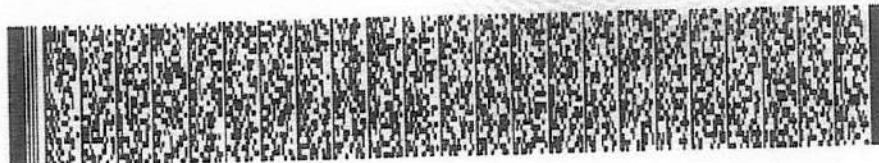
F

SEXO

22-ENE-2007 SANTA MARTA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NA
JUAN CARLOS GALINDO



P-2100100-51164433-F-1082889760-20071005

02536 07278M 02 23216595

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1082889760	SARA YULIETH MARIN TREJOS		C112c #71C-30 Interior 03 apto 102	3137651995	saramarintrijos@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						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
2023-01	2023-01	I	06/02/2023	65164232	\$604.900

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	244.400	0		0		0	0	0	0	244.400	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	
231001	Colfondos	8002270-0-6	312.800	0	0	0	0	0	0		312.800	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	47.700				47.700	0	0	47.700			477	47.700	1

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre					NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte

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	244.400	244.400
Pensión	1	312.800	312.800
Riesgos Laborales	1	47.700	47.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	604.900	604.900

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1032889760	SARA YULIETH MARIN TREJOS	C112c #71C-30 Interior 03 apto 102	3137651995	saramarintrejos@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
					1 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2023-01	2023-01	I	06/02/2023	65164232	\$604.900

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSION						SALUD		RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES											
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cédula	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	Cód. APP	IBC APP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subalínea	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	1032889760	MARIN TREJOS SARA YULIETH	57	0													231001	1.954.432	312.800	0	0	0	0	EPS005	1.954.432	244.400	14-11	1.954.432	3	47.700		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

BBVA

Pago exitoso

\$604.900,00 ✓

06 Feb, 2023 -- 04:28 PM

Producto o servicio

MiPlanilla.com Pago
Proteccion Social
COMPENSAR-OI

Pagaste con

Cuenta de Ahorros
•1161

Código de confirmación
(CUS)

1903881999

IP

181.237.243.198



LA COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A

CERTIFICA:

Que la garantía de Cumplimiento contenida en la póliza COQ-100000124 y endoso, 0 cuyo afianzado es:
MARIN TREJOS, SARA Asegurado o Beneficiario: ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA / ASOCIACION
PROFESIONALES DE COLOMBIA, expedida por la Compañía en 28/02/2023, no expirará por falta de pago de la
prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella o por
revocación unilateral por parte del Tomador o de la Compañía.

CEN ORINOQUIA a los 28 días del mes FEBRERO del año 2023.



Firma Autorizada - Compañía Mundial de Seguros S.A.



14896503055



14. Buzón electrónico

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía		26. Número de identificación 1 0 8 2 8 8 9 7 6 0		27. Fecha expedición 2 0 0 7, 0 1, 2 2	
28. País COLOMBIA		29. Departamento Magdalena		30. Ciudad/Municipio Santa Marta		0 0 1	
31. Primer apellido MARIN		32. Segundo apellido TREJOS		33. Primer nombre SARA		34. Otros nombres YULIETH	
35. Razón social							

36. Nombre comercial

37. ~~Sigis~~

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal
CL 12 C 71 C 30 IN 3 APTDO 1021

42. Correo electrónico: symt_17@hotmail.com

43. Código postal	6 6 1 0 0 2 4 1 6	44. Teléfono 1	3 1 8 3 9 1 9 6 4 6	45. Teléfono 2	3 1 3 7 6 5 1 9 9 5
-------------------	-------------------	----------------	---------------------	----------------	---------------------

CLASIFICACIÓN

Actividad económica						Ocupación	52. Número establecimientos
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		51. Código	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1 2		
8 6 9 2	2 0 1 3 0 3 0 8					2 2 2 9	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 2 0

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

[illegible]

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos	SI	☐	NO	☒
------------	----	--------------------------	----	-------------------------------------

60. No. de Folios: 0

61. Fecha 2023 - 02 - 15 / 17 : 29 : 40

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.

Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

MARIN TREJOS SARA YULIETH

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Ciudad: BOGOTA D.C

Mes: FEBRERO

Día: 28

Año:2023

CUENTA DE COBRO No. 1

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS

No. APC2023-DIMFKENNEDY-CON028

NOMBRE: SINDY PAOLA PLATA NIETO

CEDULA: 52.762.693

CUENTA BANCARIA: 212220339 BANCO: BOGOTA AHORRO X CORRIENTE

LA SUMA DE: PERIODO: (\$3.062.400) Tres Millones Sesenta y Dos Mil Cuatrocientos pesos M/Cte.

PERIODO: Fase Atención Febrero

CONCEPTO: Nutricionista, DIMF Kennedy, 11005322023, con 200 cupos.

El Contratista ha desarrollado las obligaciones objeto del CONTRATO con total independencia y autonomía, frente a la Asociación Profesionales de Colombia, razón por la cual no constituye vínculo laboral alguno, ni da lugar a ninguna clase de Prestaciones Sociales de conformidad con lo establecido por la Normatividad Vigente.

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI __ NO_X__ a partir de la fecha Día Mes Año en constancia:

Firmo

Autorizo me sea descontada la suma de:

APORTES FONDO	0
PRESTAMOS	0
OTROS DESCUENTOS (intereses):	0
TOTAL, DESCUENTOS	0

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: (\$3.062.400) Tres Millones Sesenta y Dos Mil Cuatrocientos pesos M/Cte. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Yolima Guzmán Fajardo
Coordinador
C.C. 40.443.431

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: Sindy Paola Plata Nieto
C.C. 52.762.693
Carrera 81 c # 55 – 75 sur
Tel: 3152314030
Correo : sp795@hotmail.com

NOTA: Se debe anexar planilla de pago de los Aportes a Salud, Pensión y ARL, del mes vencido y productos del mes según certificación de cumplimiento.

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO POR CARGO
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
CTO # 1100/535/2023



PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO GRAN BRITANIA
NOMBRE	SINDY PAOLA PLATA NIETO
CARGO	NUTRICIONISTA
PERIODO y FECHA	FEBRERO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCIÓN	1	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias según la fase diagnóstica, con las 9 UAS delegadas	1.1 Planeación cargada al drive 1.2 Acta de proceso con listados de asistencias en físico y digital. 1.3 Alimentar carpetas contractuales según estándar 1.4. Croograma de atención Grupal que evidencie la atención a las 9 UAS	35%	2-3-2023	✓		1.3 1.4
		2. Realiza toma de medidas antropométricas a cada niño, niño y mujer gestante y hacer seguimiento a los resultados. De los Grupos delegados para un total de 150 participantes.	2. Formato Captura de Datos Antropométricos y el Formato Captura Datos Mujeres Gestantes y en el sistema de información Cuéntame,	31%	3-3-2023	✓		
		3. Cargar a la plataforma Cuéntame los datos correspondientes a las tomas iniciales, de los 150 participantes asignados.	3. Informe Registro de información CUENTAME	10%	3-3-2023	✓		
		4. Complementar y adecuar, el documento preexistente de "plan de saneamiento" acorde a las condiciones de la sede de atención y el contexto de la UDS	4. Documento de "Plan de Saneamiento" Anexo:	5%	2-3-2023	✓		
		5. Complementar y adecuar, el documento preexistente de Documento de las "buenas prácticas de manufactura (BPM)". acorde a las condiciones de la sede de atención y el contexto de la UDS	5. Documento de "BPM" 5.1. Anexo: Físico y escáner las diferentes formatos de desinfección (Correspondientes a Febrero)	5%	2-3-2023	✓		5.1
		6. Verificar, validar, y actualizar equipos antropométricos y nutricionales garantizando el cumplimiento de los requerimientos técnicos	*6. Hoja de Vida de los equipos *6.1. Fichas Técnicas *6.2. Soporte de Calibración	2%	2-3-2023	✓		6.1 6.2
		7. Realizar seguimiento, solicitud y verificación correspondientes a los procesos requeridos para actualización de: Visita Concepto Sanitario Lavado de tanques y Fumigación Revisión, actualización y solicitud de elementos de botiquín	7. Solicitud y seguimiento Visita SDS 7.1.. Cotización, cronograma y verificación de soportes (Fumigación, Lavado de tanques) 7.2. Solicitud de elementos de Botiquín en el formato construido para tal fin	2%	2-3-2023	✓		7 7.1 7.2
		8. Acompañar y apoyar la entrega de RFPF, Refrigerios y Bienestarina	8. Formatos: 8.1 Entrega de bienestarina, 8.2 Entrega de Refrigerios 8.3. Entrega de RFPF	5%	2-3-2023	✓		
		9. Informe de gestión mensual en el formato B contractual y general de acobes	9. Formato de Informe – Enviado por Coordinación Drive	5%	2-3-2023	✓		
TOTAL				100%				

FIRMA CONTRATISTA	<i>[Firma]</i>
NOMBRE:	Sindy Paola Plata Nieto
C.C.	52762693

FIRMA COORDINADORA	<i>[Firma]</i>
NOMBRE:	Alma Garmen
C.C.	40447431

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que SINDY PLATA, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 52.762.693 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 212220339, abierta/o desde el 31/1/2023.

Se expide en Bogotá el día 1 del mes de Marzo del año 2023 con destino a: A quien corresponda



Firma Autorizada

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **52.762.693**

PLATA NIETO

APELLIDOS
SINDY PAOLA

NOMBRES

Sindy Plata N
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **05-SEP-1984**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 **B+** **F**

ESTATURA G.S. RH SEXO

09-SEP-2002 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN



REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO



A-2700100-01124548-F-0052762693-20200109 0069581157A 1 9911329869

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA o ICBF
CC 52762693		PLATA NIETO SINDY PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 51C 55 75 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7229526	SI
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2023-02	2023-02	1920417015	9446927074	I	2023/03/22	2023/02/16	BANCOLOMBIA	\$476,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	
1	CC 52762693	PLATA NIETO SINDY PAOLA	25-14	30	\$1,640,000	\$262,400	EPS002	30	\$1,640,000	\$205,000	0		\$0	\$0	14-11	30	\$1,640,000	\$8,600	0	\$0	\$0	
Total		Afiliados(1)			\$1,640,000	\$262,400			\$1,640,000	\$205,000			\$0	\$0			\$1,640,000	\$8,600		\$0	\$0	

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORSA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$262,400	\$0	\$0	\$262,400	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$262,400	\$0	\$0	\$262,400	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$8,600	\$0	\$0	\$8,600	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$8,600	\$0	\$0	\$8,600	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$205,000	\$0	\$0	\$205,000	
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$205,000	\$0	\$0	\$205,000	
TOTAL				4	\$476,000	\$0	\$0	\$476,000	

Pago electrónico

El pago electrónico de su autoliquidación se ha realizado exitosamente

Resumen del pago electrónico

Dirección IP:	186.84.88.79
Estado de la transacción:	APROBADA
Clave planilla:	9446927074
Valor:	476,000
Período de pago:	2023-02
No Transacción (CUS):	1920417015
Fecha:	2023/02/16
Banco:	BANCOLOMBIA
Aportes en línea:	9999001472382

[Aceptar](#)[Imprimir](#)[¿Quiénes somos?](#)[Servicios que ofrecemos](#)[¿Cómo liquido mis aportes?](#)[¿Por qué elegimos?](#)[Preguntas frecuentes](#)[Contáctenos](#)[Documentos y normas](#)[Línea Ética](#)

Copyright © 2023 Aportes en Línea. Todos los derechos reservados.

2. Concepto **02** Actualización

4. Número de formulario

14892722356



(415)7707212489984(8020) 000001489272235 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)
5 2 7 6 2 6 9 3

6. DV
2

12. Dirección seccional
Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

5 2 7 6 2 6 9 3

27. Fecha expedición

2 0 0 2, 0 9, 0 9

Lugar de expedición

28. País

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

PLATA

32. Segundo apellido

NIETO

33. Primer nombre

SINDY

34. Otros nombres

PAOLA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CR 81 C 5575 SUR TO 12 AP 100

42. Correo electrónico

sp795@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 5 2 3 1 4 0 3 0

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

8 6 9 2

47. Fecha inicio actividad

2 0 0 8, 0 4, 0 3

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código

1

2

Ocupación

51. Código

2 2 2 9

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 4 9

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

54. Código

Exportadores

55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3

57. Modo

58. CPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

X

60. No. de Folios:

0

61. Fecha

2023 - 01 - 31 / 21 : 40: 16

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.

Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre PLATA NIETO SINDY PAOLA

985. Cargo CONTRIBUYENTE



SEGUROS
DEL
ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO PARTICULAR

PARTICULAR

CIUDAD DE EXPEDICIÓN BOGOTÁ, D.C.						SUCURSAL CALLE 100						COD.SUC 33		NO.PÓLIZA 33-45-101116884		ANEXO 0	
FECHA EXPEDICIÓN DÍA MES AÑO			VIGENCIA DESDE DÍA MES AÑO			A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA MES AÑO			A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO						
20 02 2023			06 02 2023			00:00	31 12 2023			23:59	EMISION ORIGINAL						

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL PLATA NIETO, SINDY PAOLA								IDENTIFICACIÓN CC: 52.762.693	
DIRECCIÓN: CR 81 C NRO. 55 - 75 SUR TORRE 12 APTO 100						CIUDAD: BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPITAL		TELÉFONO: 3152314030	

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:		ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA		IDENTIFICACIÓN		NIT: 830.107.985-1	
DIRECCIÓN: CALLE 95 N 68 F 24				CIUDAD: BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL		TELÉFONO 3103774707	
ADICIONAL:							

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN E-CU-002A REDIS FEBRERO 2013, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES APC2023-DIMFKENNEDY-CON028, CELEBRADO ENTRE LAS PARTES CUYO OBJETO ES:

EN SU CALIDAD DE TRABAJADOR INDEPENDIENTE SE OBLIGA PARA EL CONTRATANTE A PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO NUTRICIONISTA EN EL MARCO DEL CONTRATO DE APOORTE SUSCRITO CON EL ICBF PARA LA ATENCIÓN DEL CDI DIMF DEL CONTRATO SUSCRITO POR LA ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA CON EL ICBF, LO CUAL COMPORTA EL DESPLIEGUE DE TRABAJOS Y DEMAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL SERVICIO CONTRATADO EL CUAL DEBE REALIZAR DE CONFORMIDAD CON LOS PARAMETROS DEFINIDOS EN EL MANUAL DE FUNCIONES Y OPERATIVO DEL PROGRAMA DIVULGADO A EL CONTRATISTA.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO	06/02/2023	31/12/2023	\$ 4,072,992.00
CALIDAD DEL SERVICIO	06/02/2023	31/12/2023	\$ 4,072,992.00

ACLARACIONES

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
\$ *****40,000.00	\$ *****8,000.00	\$ *****9,120.00	\$ *****57,120.00	\$ *****8,145,984.00	CONTADO
INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	N. DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
SEGUROS Y MULTISERVICIOS ORFY LTDA.	143756	100.00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE ÚNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTÍA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARÁN SU COLABORACIÓN PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 45A NO. 102 A - 34 - TELÉFONO: 6108441 - BOGOTÁ, D.C.

[Firma Autorizada]



[Firma Tomador]

33-45-101116884

FIRMA AUTORIZADA: Gabriela A. Zarate B. - Secretaria General

FIRMA TOMADOR

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

OFICINA PRINCIPAL: CALLE 83 NO 19-10 TELÉFONO: 601-2186977, 601-6019330

DLF143756B



SEGUROS
DEL
ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO PARTICULAR

PARTICULAR

CIUDAD DE EXPEDICIÓN BOGOTÁ, D.C.						SUCURSAL CALLE 100				COD.SUC 33		NO.PÓLIZA 33-45-101116884		ANEXO 0	
FECHA EXPEDICIÓN DÍA MES AÑO			VIGENCIA DESDE DÍA MES AÑO			A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA MES AÑO			A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO				
20 02 2023			06 02 2023			00:00	31 12 2023			23:59	EMISION ORIGINAL				

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL PLATA NIETO, SINDY PAOLA	IDENTIFICACIÓN CC: 52.762.693
DIRECCIÓN: CR 81 C NRO. 55 - 75 SUR TORRE 12 APTO 100	CIUDAD: BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPITAL TELÉFONO: 3152314030

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO: ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA	IDENTIFICACIÓN NIT: 830.107.985-1
DIRECCIÓN: CALLE 95 N 68 F 24	CIUDAD: BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPITAL TELÉFONO 3103774707

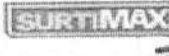
ADICIONAL:



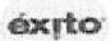
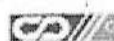
PAGINA WEB



CORRESPONSALES BANCARIOS



Bancolombia



Pagos con convenio *No aplica para transferencias



Banco de Bogotá

Seguros del Estado S.A Cuenta Corriente 008465445

Grupo Bancolombia

Seguros del Estado S.A Cuenta Convenio 47189

VALOR PRIMA NETA \$ *****40,000.00	GASTOS EXPEDICIÓN \$ *****8,000.00	IVA \$ *****9,120.00	TOTAL A PAGAR \$ *****57,120.00	VALOR ASEGURADO TOTAL \$ *****8,145,984.00	PLAN DE PAGO CONTADO
INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑÍA	% PART.	VALOR ASEGURADO
SEGUROS Y MULTISERVICIOS ORFY LTDA.	143756	100.00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE ÚNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTÍA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARÁN SU COLABORACIÓN PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 45A NO. 102 A - 34 - TELÉFONO: 6108441 - BOGOTÁ, D.C.

FORMA DE PAGO

BANCO	CHEQUE No.	VALOR
EFFECTIVO		
CHEQUE		
TOTAL \$		



(415) 7709998021167 (8020) 11006617424730 (3900) 000000057120 (96) 20240206

REFERENCIA
PAGO:

1100661742473-0

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

Ciudad: Bogotá DC

Mes: Febrero

Día: 28

Año: 2023

CUENTA DE COBRO No. 1

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2023-DIMFKENNEDY-CON019

NOMBRE: Alisson Julieth Gongora Arias

CEDULA: 1.030.647.308 ✓

CUENTA BANCARIA: 316437508 / BANCO: BOGOTA AHORRO _X_ CORRIENTE ____

LA SUMA DE: PERIODO: (\$1'969.612) Un Millón Novecientos Sesenta y Nueve Mil seiscientos Doce pesos M/Cte

PERIODO: Fase de Atención febrero

CONCEPTO: Apoyo pedagógico, DIMF Kennedy, No Contrato 11005322023, Con 50 cupos.

El Contratista ha desarrollado las obligaciones objeto del CONTRATO con total independencia y autonomía, frente a la Asociación Profesionales de Colombia, razón por la cual no constituye vínculo laboral alguno, ni da lugar a ninguna clase de Prestaciones Sociales de conformidad con lo establecido por la Normatividad Vigente.

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI NO_X a partir de la fecha Día Mes Año en constancia:

Firma _____

Autorizo me sea descontada la suma de:

APORTES FONDO	0
PRESTAMOS	0
OTROS DESCUENTOS (intereses):	0
TOTAL, DESCUENTOS	0

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: (\$1'969.612) Un Millón Novecientos Sesenta y Nueve Mil seiscientos Doce pesos M/Cte. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

9-6-77

Yolima Guzmán Fajardo

Coordinador

C.C. 40.441.431

Aprobado por:



Ana Roció Quiroz Manrique

Representante Legal

~~C.C.~~ 52.339.600

Atentamente

Atentamente, Alisson Juleth Conceição Araiz

NOMBRE: Alisson Julieth Gongora Arias

C.C. 1.030.647.308

DR. Carrera 93 # 40-21 sur / 3005584646 / Alissonjulieta06@gmail.com

NOTA: Se debe anexar planilla de pago de los Aportes a Salud, Pensión y ARL, del mes vencido y productos del mes según certificación de cumplimiento.

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO POR CARGO
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
CTO # 1100/535/2023

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO TRIUNFADORAS
NOMBRE	ALISSON JULIETH GONGORA ARIAS
CARGO	APOYO PEDAGOGICO UDS
PERIODO y FECHA	FEBRERO

					APOYO PEDAGOGIO:			
FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	1	2. Organizar, archivar y digitalizar la documentación requerida para la formalización del cupo del GA (50)	2.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 2.2 Acomodación de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 2.3 Digitalización de cada uno de los documentos de los participantes del GA 2.4 Cargue de los documentos al drive correspondiente al GT, opcional, o dar a conocer avances 2.5 Archivo de los documentos en las carpetas respectivas	25%	28-2-2023	/		
		3. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 40 minutos de formación (DIMF)	3.1 Desarrollo los 15 encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atención correspondiente. Formato Verificación condiciones de habitabilidad (Criterios de focalización)	35%	3-3-2023	/		
		4. Apoyar el proceso de digitalización de la información física que se requiera según las indicaciones y el protocolo de archivo, y elaboración de directorio por GA (50)	4.1 Directorio, de las 50ta familias vinculadas.	20%	28-3-2023	/		
		5 Entrega de Raciones	5.1 Formato RPP 5.1 Fotografías uno a uno de la entrega de RPP - en power Point	20%	3-3-2023	/		
TOTAL				100%				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	Alisson Gongora
C.C.	1030647308

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Ydina Guzman
C.C.	40443431

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que ALISSON GONGORA, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 1.030.647.308 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 316437508, abierta/o desde el 31/1/2023, con saldo a la fecha de: \$ 0

Se expide en Bogotá el día 1 del mes de Febrero del año 2023 con destino a: ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA



Firma Autorizada

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

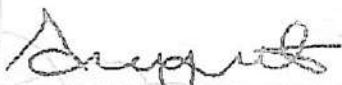
NÚMERO 1.030.647.308

GONGORA ARIAS

APELLIDOS

ALISSON JULIETH

NOMBRES



FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 06-NOV-1994

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

21-NOV-2012 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN



REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



A-1500150-01233368-F-1030647308-20210520

0074407365A 3

9915337299

No. de Radicación

Fecha de Radicación



169983242

(Lea las Instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite A. Afiliación ☒ B. Reporte de Novedades		2. Tipo de Afiliación A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia ☒ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De Oficio ☐		3. Régimen A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐	
4. Tipo de Afiliado A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐			5. Tipo de Cotizante A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐		6. Código (a registrar por la EPS) 59

A. AFILIACIÓN

6. Apellidos y nombres Primer Apellido: PEREZ Segundo Apellido: LOPEZ		Primer Nombre: JOSE Segundo Nombre: CARLOS	
7. Tipo de documento de identidad CN TI CE CD RC CC PA SC	8. Número del documento de identidad 120612345	9. Sexo Femenino ☐ Masculino ☒	10. Fecha de nacimiento 10/10/1980

Datos Personales

11. Etnia	12. Discapacidad Tipo F N M Condición T P	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL		16. Administradora de Pensiones Prepension	17. Ingreso base de cotización - IBC 1100000
18. Residencia Dirección: 123456789 - 1234567		Teléfono Fijo	
Teléfono Celular		Correo Electrónico	
Municipio / Distrito	Zona Urbana ☒ Rural ☐	Localidad / Comuna	Departamento

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañera(o) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres Primer Apellido: Segundo Apellido:		Primer Nombre: Segundo Nombre:	
20. Tipo de documento de identidad CN TI CE CD RC CC PA SC	21. Número del documento de identidad	22. Sexo Femenino Masculino	23. Fecha de nacimiento

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres Primer Apellido: Segundo Apellido:		Primer Nombre: Segundo Nombre:	
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Datos Complementarios

25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino Masculino	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

30. Etnia	31. Discapacidad Tipo Condición	32. Datos de Residencia Municipio Distrito Zona Departamento	33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)
B1	F N M T P	Urbana Rural	
B2	F N M T P	Urbana Rural	
B3	F N M T P	Urbana Rural	
B4	F N M T P	Urbana Rural	
B5	F N M T P	Urbana Rural	

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	
B	
B	
B	

- Original: EPS - 1a Copia: EMPLEADOR - 2a Copia: AFILIADO -

35. Nombre o razón social	36. Tipo documento de identificación NIT CC TI PA CE CD	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (A registrar por la EPS)
39. Ubicación Dirección	Municipio / Distrito		Departamento
Correo Electrónico		Teléfono Fijo	

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad	41. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación.	☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación.	☐ 13. Movilidad ☐ A. Régimen Contributivo
☐ 3. Actualización del documento de identidad.	☐ 14. Traslado ☐ B. Régimen Subsidiado
☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios.	☐ 15. Reporte de fallecimiento.
☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS.	☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante
☐ 6. Radicación en la EPS	☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.	☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado
☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales	
☐ 9. Inactividad, inexistencia o adquisición de condiciones para cotizar.	
☐ 10. Terminación de la inscripción y pérdida de las condiciones para seguir cotizando	

41. Datos básicos de identificación	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
42. Fecha	Sexo	Fecha de nacimiento	
	Femenino Masculino		
43. EPS anterior	44. Motivo de traslado	45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones	
	Código		

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo Especial o de Excepción.
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impidan la entrega de sus documentos que acreditan la condición de beneficiarios
49. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio

56. Anexo copia del documento de identidad	Cantidad	TOTAL
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.		
58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.		
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.		
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.		
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.		
62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.		
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.		
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.		
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.		

66. Identificación de la Entidad Territorial	67. Datos del SISBEN	68. Fecha de Radicación	69. Fecha de Validación
Código del Municipio Código del Departamento	Número de ficha Puntaje Nivel		
70. Datos del funcionario que realiza la validación	71. Firma del Funcionario		
Primer Apellido Segundo Apellido	Primer Nombre Segundo Nombre		
Tipo de documento Número de documento de identidad			
Observaciones:			
Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta lo verificado por la EPS.			
Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial		Sello de Radicación	
		23 FEB 2023	
RECIBIDO POR:		SICKER procesamiento	

CE-006 - 0000000100 - 2023

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1030647308
NOMBRES Y APELLIDOS	Gongora Arias, Alisson Julieth
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	<u>Independiente</u> Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	08/05/2015
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Gongora Arias, Alisson Julieth, a los 28 días del mes de febrero del año 2023.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.



Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario

14892682984



(415)7707212489984(8020) 0000014892682984

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 3 0 6 4 7 3 0 8

6. DV

0

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de identificación

1 0 3 0 6 4 7 3 0 8

27. Fecha expedición

2 0 1 2 1 1 2 1

Lugar de expedición

28. País

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

GONGORA

32. Segundo apellido

ARIAS

33. Primer nombre

ALISSON

34. Otros nombres

JULIETH

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CR 93 40 21 SUR

42. Correo electrónico alissonjulieta06@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 0 0 5 5 8 4 6 4 6

45. Teléfono 2

3 1 2 3 9 3 7 7 2 4

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

45. Código

8 5 1 1

47. Fecha inicio actividad

2 0 1 5 0 6 0 2

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código

1 2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26

53. Código

4 9

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

Exportadores

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

X

60. No. de Folios:

0

61. Fecha

2023 - 01 - 31 / 17 : 36 : 32

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre GONGORA ARIAS ALISSON JULIETH

985. Cargo CONTRIBUYENTE



tu compañía siempre

NIT 860.037.013-6

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
IVA RÉGIMEN COMÚN - AUTORETENEDORES

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

Afiliados



CÁMARA COLOMBIANA
DE LA INFRAESTRUCTURA

PASA & APF
Asociación Panamericana de Aseguradores
Panamerican Surety Association

LA COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A

CERTIFICA:

Que la garantía de Cumplimiento contenida en la póliza COQ-100000037 y endoso, 0 cuyo afianzado es: GONGORA ARIAS, ALISSON Asegurado o Beneficiario: ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA / ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA, expedida por la Compañía en 23/02/2023, no expirará por falta de pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella o por revocación unilateral por parte del Tomador o de la Compañía.

CEN ORINOQUIA a los 23 días del mes FEBRERO del año 2023. ✓

Firma Autorizada - Compañía Mundial de Seguros S.A.





Código de Seguridad: Ycdq8IGtzDgP+vYfdXw0PA==

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO

EN FAVOR DE ENTIDADES PARTICULARES

VERSION CLAUSULADO 06-04-2021-1317-P-05-PPSU52R000000065-D001

OBJETO DE CONTRATO

EL CONTRATISTA EN SU CALIDAD DE TRABAJADOR INDEPENDIENTE SE OBLIGA CON EL CONTRATANTE A PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO APOYO PEDAGOGICO EN EL MARCO DEL CONTRATO DE APOORTE SUSCRITO CON EL ICBF PARA LA INSTITUCIÓN DEL CDI DIMF

PRIMA BRUTA	\$	20.000,00
DESCUENTOS	\$	
EXTRA PRIMA		
PRIMA NETA	\$	20.000,00
GASTOS EXP.	\$	5.000,00
IVA	\$	4.750,00
TOTAL A PAGAR	\$	29.750,00

EL TOMADOR Y/O ASEGURADO SEGÚN CORRESPONDA, SE COMPROMETE A PAGAR LA PRIMA DENTRO DE LOS 30 DÍAS CONTADOS A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA. DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1068 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, MODIFICADO POR EL ARTÍCULO 82 DE LA LEY 45 DE 1990, LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PRESENTE PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA.

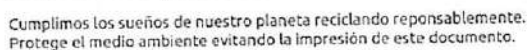
EN MI CALIDAD COMO TOMADOR DE LA PÓLIZA INDICADA EN ESTA CARATULA, MANIFIESTO EXPRESAMENTE QUE HE TENIDO A MI DISPOSICIÓN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA EN MANIFIESTO ADÉMÁS, QUE DURANTE EL PROCESO DE NEGOCIACIÓN, ANTICIPADAMENTE ME HAN SIDO EXPLICADAS POR LA COMPAÑÍA Y/O POR EL INTERMEDIARIOS DE SEGUROS AQUÍ INDICADO, SOBRE LAS EXCLUSIONES Y ALCANCES Y CONTENIDOS DE LA COBERTURA, ASÍ COMO LAS GARANTÍAS, EN VIRTUD DE TAL ENTENDIMIENTO, LAS ACEPTO Y DECIDO TOMARLA PÓLIZA DE SEGUROS CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO.

Firma Autorizada - Compañía Mundial Seguro S.A.

TOMADOR

Lineas de Atención al Cliente:

- Nacional: 01 8000 111 935
- Bogotá: 327 4712 - 327 4713



HOJA No.

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

AFILIADOS A LA CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA V.P.A.S.A.-APF

Ciudad: Bogotá

Mes: Febrero

Día: 28

Año: 2023

CUENTA DE COBRO No. 1

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS

No. APC2023-DIMFKENNEDY-CON039

NOMBRE: Blanca Jasbleidy Herrera Ramos.

CEDULA: 1.023.901.666

CUENTA BANCARIA: BANCO: 135255883 BOGOTA AHORRO X CORRIENTE

LA SUMA DE: PERIODO: (\$1'969.612) Un Millón Novecientos Sesenta y Nueve Mil seiscientos Doce pesos M/Cte

PERIODO: Fase de Atención Febrero.

CONCEPTO: Apoyo pedagógico, DIMF Kennedy, No Contrato 11005322023, Con 50 cupos.

El Contratista ha desarrollado las obligaciones objeto del CONTRATO con total independencia y autonomía, frente a la Asociación Profesionales de Colombia, razón por la cual no constituye vínculo laboral alguno, ni da lugar a ninguna clase de Prestaciones Sociales de conformidad con lo establecido por la Normatividad Vigente.

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI NO X a partir de la fecha Día Mes Año en constancia:

Firmo _____

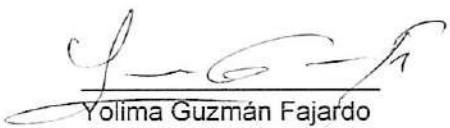
Autorizo me sea descontada la suma de:

APORTES FONDO	0
PRETAMOS	0
OTROS DESCUENTOS (intereses):	0
TOTAL, DESCUENTOS	0

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: (\$1'969.612) Un Millón Novecientos Sesenta y Nueve Mil seiscientos Doce pesos M/Cte. Por concepto de: préstamos, anticipos, fôndo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

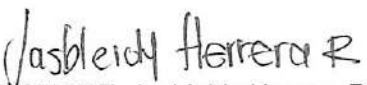
Autorizado por:

Aprobado por:


Yolima Guzmán Fajardo
Coordinador
C.C. 40.443.431


Ana Rocio Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,


NOMBRE: Jasbleidy Herrera Ramos
C.C. 1.023.901.666
DR. Carrera 11 b este # 54 29 sur/ 3213087045/ jasbleidye@hotmail.com

NOTA: Se debe anexar planilla de pago de los Aportes a Salud, Pensión y ARL, del mes vencido y productos del mes según certificación de cumplimiento.

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO POR CARGO
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
CTO # 1100/535/2023

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO GRAN BRITANIA
NOMBRE	BLANCA JASBLEIDY HERRERA RAMOS
CARGO	APOYO PEDAGOGICO UDS
PERIODO y FECHA	FEBRERO

FASE		PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	1	2. Organizar, archivar y digitalizar la documentación requerida para la formalización del cupo del GA (50)	2.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 2.2 Acomodación de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 2.3 Digitalización de cada uno de los documentos de los participantes del GA 2.4 Cargue de los documentos al drive correspondiente al GT, opcional, o dar a conocer avances 2.5 Archivo de los documentos en las carpetas respectivas	25%	28/02/2023	X			
		3. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 40 minutos de formación (DIMF)	3.1 Desarrollo los 15 encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atención correspondiente. Formato Verificación condiciones de habitabilidad (Criterios de focalización)	35%	1-3-2023	X			
		4. Apoyar el proceso de digitalización de la información física que se requiera según las indicaciones y el protocolo de archivo, y elaboración de directorio por GA (50)	4.1 Directorio, de las 50ta familias vinculadas.	20%	28/02/2023	X			
		5 Entrega de Raciones	5.1 Formato RPP 5.1 Fotografías uno a uno de la entrega de RPP - en power Point	20%	28/02/2023	X			
		TOTAL				100%			

FIRMA CONTRATISTA	Jasbleidy Herrera
NOMBRE:	Jasbleidy Herrera
C.C.	1023901668

FIRMA COORDINADORA	Yolima Giron
NOMBRE:	Yolima Giron
C.C.	40-443431

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que BLANCA JASBLEIDY HERRERA RAMOS, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 1.023.901.666 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 135255883, abierta/o desde el 25/7/2021.

Se expide en Bogotá el día 28 del mes de Febrero del año 2023 con destino a: A quien
interese



Firma Autorizada

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.023.901.666

HERRERA RAMOS

APELLIDOS

BLANCA JASBLEIDY

NOMBRES

Blanca Herrera Ramos

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 02-OCT-1990

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

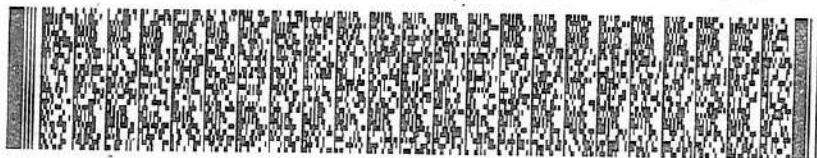
1.53
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

07-NOV-2008 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

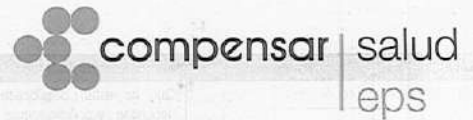


P-1500150-00153522-F-1023901666-20090325

0010490072A 1

28695811

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES
AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD



No. de Radicación	Fecha de Radicación			
I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)				
1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Tipo de afiliado:	Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación	A. Individual: ☒ Cotizante o cabeza de Familia	A. Contributivo ☒	A. Cotizante ☒ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐	59
B. Reporte de Novedades ☒	B. Beneficiario o afiliado adicional ☐	B. Subsidiado ☐	5. Tipo de cotizante: A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐	

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)				
6. Apellidos y nombres	7. Tipo de documento de identidad	8. Número de documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
Herrera	CC	1023901666	Femenino ☒ Masculino ☐	10/27/1979

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)				
11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL
	Tipo ☐ F ☐ N ☐ M Condición ☐ T ☐ P	C2		Sura
17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia	16. Administradora de pensiones		
1760.000	Cra 11b este #54-29 sur	Porvenir		
Zona Urbana ☐ Rural ☒		Localidad: San Cristóbal, Bogotá		

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)				
19. Apellidos y nombres	20. Tipo de documento de identidad	21. Número de documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
			Femenino ☐ Masculino ☒	10/27/1979

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales				
24. Apellidos y nombres		25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Femenino ☐ Masculino ☒
B1	Miana	Herrera	Evan	
B2				
B3				

28. Fecha de nacimiento		29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad	32. Datos de residencia		33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS)
D D M M A A A A				Tipo ☐ F ☐ N ☐ M Condición ☐ T ☐ P	Municipio / Distrito	Zona Urbana ☐ Rural ☒	Departamento
B1	13/12/2013	hijo			Bogotá		Bogotá
B2							
B3							
B4							
B5							

Selección de la IPS Primaria		V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO	
34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)	35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación
Cot.			
B			
B	1059		
B			
37. Número del documento de identificación		38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)	
39. Ubicación			
Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito
			Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES	
40. Tipo de Novedad	7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales

13. Movilidad:
A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado ☐

Para reportar esta novedad en el caso de las condiciones 01, 02 y 03 el cotizante debe:

01. El afiliado va a pertenecer a un régimen exceptuado o es-...
02. El afiliado informa que va a fijar su residencia en el exterior...
03. Cuando el INPPEC ha reportado el ingreso del cotizante o...
04. Salud de las Personas Privadas de la Libertad

Novedad 10: Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.

• Diligenciar el capítulo VII cuando corresponda.
• Anexar copia de los soportes que acreditan la condición de beneficiarios o afiliado adicional: copia del documento de identidad correspondiente, copia del registro civil de matrimonio o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital, copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor, copia de la orden judicial o acta administrativo de custodia, según corresponda al tipo de beneficiario que este incluyendo.
• Cuando esta novedad es reportada por el beneficiario o afiliado adicional que inicia una relación o adquiere condiciones para cotizar, además de diligenciar lo anterior deberá:
• Diligenciar el capítulo VIII de Firmas en los numerales 54 y 55, según co-
• Marcar con una X en las casillas del capítulo IX los documentos que va a responder.
• Diligenciar el capítulo X de Firmas en los numerales 54 y 55, según co-
• Marcar con una X la casilla 46 del capítulo VII cuando corresponda.
• Registrar en el numeral 42 del capítulo VI, fecha en la cual inicia la relación laboral o adquiere las condiciones para cotizar.
• Diligenciar el capítulo V correspondiente a los datos de identificación del empleador o de la entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
• Diligenciar el capítulo IV correspondiente a los datos de identificación de los beneficiarios o afiliados adicionales.
• Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.
• Terminación de la inscripción en la EPS.
Esta novedad solo aplica para el Régimen Contributivo y se reporta cuando el cotizante cumple alguna de las condiciones que se señalan en la tabla siguiente:

Condición	01	02	03	04
El trabajador dependiente termina su relación laboral y no re- tiene las condiciones para seguir cotizando en el SGSSS como afiliado adicional, ni se reporta como beneficiario o como afiliado adicional por otro cotizante dentro de la misma EPS, ni cum- ple las condiciones para pertenecer al régimen subsidiado, o el cotizante independiente no reúne las condiciones para se- guir cotizando ni se reporta como beneficiario o como afiliado adicional por otro cotizante dentro de la misma EPS, ni cum- ple las condiciones para pertenecer al régimen subsidiado.	El afiliado informa que va a fijar su residencia en el exterior.	El afiliado va a pertenecer a un régimen exceptuado o es- pedal.	Cuando el INPPEC ha reportado el ingreso del cotizante o cabeza de familia como beneficiario del Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad	

Número	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Modificación de datos básicos de identificación	Actualización del documento de identidad	Actualización y corrección de datos, como parentescos	Terminación de la inscripción en la EPS	Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales	Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales	Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar			

reportar, según la siguiente tabla:

40. Tipos de novedad:
Reporte de Novedades:
• Beneficiarios mediante la suscripción del Formulario Único de Afiliación y...
• Los EPS no pueden reportar a la base de datos de afiliados vigentes nove-
dades que no hayan sido reportadas por los cotizantes, cabeza de familia
o beneficiarios. Los beneficiarios únicamente pueden reportar las novedades
de la condición de la afiliación solo puede ser realizado por los cotizantes y cabe-
zas de familia. Los beneficiarios únicamente pueden reportar las novedades
que expresamente se autorizan en este instructivo.

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario

14900463611



(415)7707212489984(8020) 000001490046361 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 2 3 9 0 1 6 6 6

6. DV

6

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

1 0 2 3 9 0 1 6 6 6

27. Fecha expedición

2 0 0 8, 1 1, 0 7

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

HERRERA

32. Segundo apellido

RAMOS

33. Primer nombre

BLANCA

34. Otros nombres

JASBLEIDY

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CR 11 B ESTE 54 A SUR 29

42. Correo electrónico

jasbleidye@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

6 0 1 3 6 5 7 6 9 1

45. Teléfono 2

3 2 1 3 0 8 7 0 4 5

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	52. Número establecimientos
8 5 1 1	2 0 1 8, 0 2, 0 1	8 2 9 9	2 0 2 3, 0 2, 0 1	1 2	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	4	9																								

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

54. Código	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

☐

NO

☒

60. No. de Folios:

0

61. Fecha

2023 - 03 - 04 / 09 : 21: 32

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.

Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre HERRERA RAMOS BLANCA JASBLEIDY

985. Cargo CONTRIBUYENTE

**LA COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A****CERTIFICA:**

Que la garantía de Cumplimiento contenida en la póliza COQ-100000091 y endoso, 0 cuyo afianzado es: **HERRERA, BLANCA JASBLEIDY** Asegurado o Beneficiario: **ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA / ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA**, expedida por la Compañía en **27/02/2023**, no expirará por falta de pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella o por revocación unilateral por parte del Tomador o de la Compañía.

CEN ORINOQUIA a los 27 días del mes **FEBRERO** del año 2023.



Firma Autorizada - Compañía Mundial de Seguros S.A.



Ciudad: Bogotá

Mes: Febrero

Día: 28

Año: 2023

CUENTA DE COBRO No. 1

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA

NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS

No. APC2023-DIMFKENNEDY CON038

NOMBRE: CLAUDIA PATRICIA RAQUEL BUITRAGO CARO

No CEDULA: 53.093.373

CUENTA BANCARIA: BANCO: 075611343 BOGOTA AHORRO_X_CORRIENTE____

LA SUMA DE: PERIODO: (\$1'969.612) Un Millón Novecientos Sesenta y Nueve mil Seiscientos Doce pesos M/Cte. ✓

PERIODO: Fase de Atención Febrero

CONCEPTO: Apoyo Pedagógico DIMF Kennedy 11005322023 con 50 cupos

El Contratista ha desarrollado las obligaciones objeto del CONTRATO con total independencia y autonomía, frente a la Asociación Profesionales de Colombia, razón por la cual no constituye vínculo laboral alguno, ni da lugar a ninguna clase de Prestaciones Sociales de conformidad con lo establecido por la Normatividad Vigente.

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI NO_X a partir de la fecha Día Mes Año en constancia:

Firmo

Autorizo me sea descontada la suma de:

APORTES FONDO	0
PRESTAMOS	0
OTROS DESCUENTOS (intereses):	0
TOTAL DESCUENTOS	0

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: (\$1'969.612 Un Millón Novecientos Sesenta y Nueve mil Seiscientos Doce pesos M/Cte. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Aprobado por:

Yolima Guzmán Fajardo
Coordinador
C.C. 40.443.431

Ana Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.60

Atentamente,

NOMBRE: CLAUDIA PATRICIA RAQUEL BUITRAGO CARO

C.C. 53.093.373

DR. Calle 70A # 45C - 10 sur / 3114819477 / patty.pb45@gmail.com

NOTA: Se debe anexar planilla de pago de los Aportes a Salud, Pensión y ARL, del mes vencido y productos del mes según certificación de cumplimiento.

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO POR CARGO
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
CTO # 1100/535/2023

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO GRAN BRITANIA
NOMBRE	CLAUDIA PATRICIA BUITRAGO
CARGO	APOYO PEDAGOGICO UDS
PERIODO y FECHA	FEBRERO

					APOYO PEDAGOGICO:			
FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	1	2. Organizar, archivar y digitalizar la documentación requerida para la formalización del cupo del GA (50)	2.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 2.2 Acomodación de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 2.3 Digitalización de cada uno de los documentos de los participantes del GA 2.4 Carga de los documentos al drive correspondiente al GT, opcional, o dar a conocer avances 2.5 Archivo de los documentos en las carpetas respectivas	25%	28/02/2023	X		
		3. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 40 minutos de formación (DIMF)	3.1 Desarrollo los 15 encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atención correspondiente. Formato Verificación condiciones de habitabilidad (Criterios de focalización).	35%	1-3-2023	X		
		4. Apoyar el proceso de digitalización de la información física que se requiera según las indicaciones y el protocolo de archivo, y elaboración de directorio por GA (50)	4.1 Directorio, de las 50ta familias vinculadas.	20%	28/02/2023	X		
		5. Entrega de Raciones	5.1 Formato RPP 5.1 Fotografías uno a uno de la entrega de RPP - en power Point	20%	1-3-2023	X		
		TOTAL				100%		

FIRMA CONTRATISTA	<i>sa Putr...</i>
NOMBRE:	Claudia Patricia Buitrago
C.C.	53.093.373

FIRMA COORDINADORA	<i>[Firma]</i>
NOMBRE:	Yolanda Garmen
C.C.	40.443.431

***Certificado de Retención en la Fuente sobre
rendimientos financieros - Cuenta de Ahorros***

CERTIFICA

Que durante el año gravable 2021 se retuvo a BUITRAGO CARO CLAUDIA PATRICIA RAQUEL, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 53,093,373, la suma de \$0, por concepto de los rendimientos financieros pagados en la Cuenta de Ahorros No. 075611343, por valor de \$273.

Componente inflacionario (Artículo 40-1 E.T): 100 %, dato calculado. A la fecha de expedición de este certificado, no ha sido publicado el dato oficial.

Ingreso no constitutivo de renta ni ganancia ocasional: \$273

La retención fue consignada en su oportunidad en la ciudad de Bogotá D.C.

Este certificado se expide en cumplimiento de lo estipulado en el artículo 381 del Estatuto Tributario y se expide sin firma autógrafa de acuerdo con lo establecido en el artículo 1.6.1.12.12. del Decreto Único Reglamentario en materia tributaria No. 1625 de 2016.

Bogotá D.C., 30 de Marzo de 2022

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

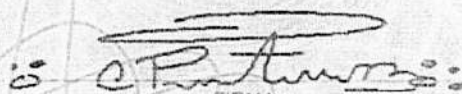
NÚMERO 53.093.373

BUITRAGO CARO

APELLIDOS

CLAUDIA PATRICIA RAQUEL

NOMBRES


FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

03-MAY-1985

SOACHA
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.48

O+

F

ESTATURA

G.S. RH

SEXO

17-JUN-2003 BOGOTÁ D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN


REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS CALINDO VACHA



A-1508900-00954563-F-0053093373-20171227

0058953529A 1

1424757587

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 53093373		BUITRAGO CARO CLAUDIA PATRICIA RAQUEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 70a n45-20	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3114819477	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Valor
2023-02	2023-02	9447765433	I	2023/03/16				0

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES															
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	ide	cap	tap	vap	cor	vst	un	ige	una	vac	ayp	nct	art	vip	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes										
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																																	\$1,160,000	\$185,600			\$1,160,000	\$145,000			\$0	\$0			\$1,160,000	\$6,100		\$0	\$0	\$336,700
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																																	\$1,160,000	\$185,600			\$0	\$0			\$1,160,000	\$6,100		\$0	\$0	\$336,700				
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																																	\$1,160,000	\$185,600			\$0	\$0			\$1,160,000	\$6,100		\$0	\$0	\$336,700				
1	CC 53093373	BUITRAGO CLAUDIA	X																23100	30	\$1,160,000	\$185,600	EPS005	30	\$1,160,000	\$145,000	0		\$0	\$0	14-11	30	\$1,160,000	0.5228	\$6,100	0	\$0	\$0	No	\$336,700										
Total Afiliados(1)																																	\$1,160,000	\$185,600			\$0	\$0			\$1,160,000	\$6,100		\$0	\$0	\$336,700				

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 53093373		BUITRAGO CARO CLAUDIA PATRICIA RAQUEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 70a n45-20	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3114819477	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Valor
2023-02	2023-02	9447765433	I	2023/03/16				0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$185,600	\$0	\$0	\$185,600
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	\$185,600	\$0	\$0	\$185,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$6,100	\$0	\$0	\$6,100
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$6,100	\$0	\$0	\$6,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$145,000	\$0	\$0	\$145,000
SAHITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$145,000	\$0	\$0	\$145,000
TOTAL				1	\$336,700	\$0	\$0	\$336,700



CE-006 - 0000000100 – 2023

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 53093373 ✓
NOMBRES Y APELLIDOS	Buitrago Caro, Claudia Patricia Raquel
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente ✓
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/09/2022
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente ✓
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Buitrago Caro, Claudia Patricia Raquel, a los 26 días del mes de febrero del año 2023.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Sarmiento

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

2. Concepto **0 2** Actualización

4. Número de formulario

14892819201



(415)7707212489984(8020) 000001489281920 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

5 3 0 9 3 3 7 3

3

Impuestos de Bogotá

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

25. Tipo de documento

26. Número de identificación

27. Fecha expedición

Persona natural o sucesión ilíquida

2

Cédula de Ciudadanía

1 3

5 3 0 9 3 3 7 3

2 0 0 3 0 6 1 7

Lugar de expedición

28. País

29. Departamento

30. Ciudad/Municipio

COLOMBIA

1 6 9

Bogotá D.C.

1 1

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

32. Segundo apellido

33. Primer nombre

34. Otros nombres

BUITRAGO

CARO

CLAUDIA

PATRICIA RAQUEL

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

39. Departamento

40. Ciudad/Municipio

COLOMBIA

1 6 9

Bogotá D.C.

1 1

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CR 98 A 15 A 70 TO 11 AP 501

42. Correo electrónico

patty.pb45@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 1 4 8 1 9 4 7 7

45. Teléfono 2

6 0 1 4 6 5 6 1 7 3

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

Actividad secundaria

Otras actividades

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

50. Código

1

2

51. Código

52. Número establecimientos

8 5 5 9

2 0 1 1 0 2 0 1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26

53. Código

4 9

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

Exportadores

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

54. Código

11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI ☐ NO ☒

60. No. de Folios: 0

61. Fecha 2023-02-01/11:05:59

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.

Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre BUITRAGO CARO CLAUDIA PATRICIA RAQUEL

985. Cargo CONTRIBUYENTE

**LA COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A****CERTIFICA:**

Que la garantía de Cumplimiento contenida en la póliza **COQ-100000048** y endoso, 0 cuyo afianzado es: **BUITRAGO CARO, CLAUDIA PATRICIA RAQUEL** Asegurado o Beneficiario: **ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA / ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA**, expedida por la Compañía en **24/02/2023**, no expirará por falta de pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella o por revocación unilateral por parte del Tomador o de la Compañía.

CEN ORINOQUIA a los 24 días del mes **FEBRERO** del año **2023**.



Firma Autorizada - Compañía Mundial de Seguros S.A.



VERSION CLAUSULADO 06-04-2021-1317-P-05-PPSUS2R000000059-0001

Código de Seguridad: RJU8ab5CfeamEXYZGdZWYw==

No. PÓLIZA		COQ-100000048		No. ANEXO		0		No. CERTIFICADO		532000056		No. RIESGO			
TIPO DE DOCUMENTO								FECHA DE EXPEDICIÓN		24/02/2023		SUC. EXPEDIDORA		CEN ORINOQUIA	
VIGENCIA DESDE		VIGENCIA HASTA		DÍAS		VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE		VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA							
00:00 Horas Del		02/02/2023		24:00 Horas Del		02/01/2024		N/A		N/A		N/A		N/A	
TOMADOR		BUITRAGO CARO, CLAUDIA PATRICIA RAQUEL										No. DOC. IDENTIDAD		53.093.373	
DIRECCIÓN		CRA 98 A 15 A 70 TO 11AP 501										TELÉFONO		3114819477	
ASEGURADO		ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA										No. DOC. IDENTIDAD		830.107.985-1	
DIRECCIÓN		CLL 95 # 68 F 24										TELÉFONO		3102502165	
BENEFICIARIO		ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA										No. DOC. IDENTIDAD		830.107.985-1	
DIRECCIÓN		CLL 95 # 68 F 24										TELÉFONO		3102502165	

<p>GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO</p> <p>NO.APC2023-DIMFKENNY-CON038 , CUYO OBJETO ES</p> <p>EL CONTRATISTA EN SU CALIDAD DE TRABAJADOR INDEPENDIENTE SE OBLIGA CON EL CONTRATANTE A PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO APOYO PEDAGOGICO EN EL MARCO DEL CONTRATO DE APOORTE SUSCRITO CON EL ICBF PARA LA INSTITUCIÓN DEL CDI DIMF</p>	
---	--

NOMBRE DEL AMPARO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADAS	VALOR PRIMAS
CUMPLIMIENTO	08:00 Horas Del 02/02/2023	24:00 Horas Del 02/01/2024	3.532.170,80	10.000,00
CALIDAD DEL SERVICIO	00:00 Horas Del 02/02/2023	24:00 Horas Del 02/01/2024	3.532.170,80	10.000,00
		TOTAL ASEGURADO	\$ 7.064.341,60	

INTERMEDIARIOS	TIPO	% PARTICIPACIÓN	PRIMA BRUTA	\$	20.000,00
ASESORIAS Y SOLUCIONES M&M LTDA	AGENCIAS	100,00	DESCUENTOS	\$	

DISTRIBUCIÓN COASEGURO				
COMPañIA	TIPO COASEGURO	PÓLIZA LÍDER	CERTIF. LÍDER	% PARTICIPACIÓN
CONVENIO DE PAGO DIRECTO EFECTIVO, Fecha de Pago: 24/02/2023				

EXTRA PRIMA		
PRIMA NETA	\$	20.000,00
GASTOS EXP.	\$	5.000,00
IVA	\$	4.750,00
TOTAL A PAGAR	\$	29.750,00

ES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO DILIGENCIAR EL FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CUENTE, SUMINISTRAR INFORMACIÓN VERAZ Y VERIFICABLE Y REALIZAR ACTUALIZACIÓN DE DATOS POR LO MENOS ANUALMENTE (CIRCULAR EXTERNA 026 DE 2008 SUPERFINANCIERA).

 CONSULTA LA AUTENTICIDAD DE ESTA PÓLIZA INGRESANDO A PRODUCTOS.MUNDIALSEGUROS.COM.CO DIGITA EL CÓDIGO DE SEGURIDAD QUE ENCUENTRAS EN LA PARTE SUPERIOR DE ESTE DOCUMENTO Y VIVE LA EXPERIENCIA DE ESTAR ASEGURADO CON EL RESPALDO DE SEGUROS MUNDIAL. TAMBIÉN PUEDES LLAMAR A LA LÍNEA NACIONAL 01 8000 111 935 - 327 47 12/13

EL TOMADOR Y/O ASEGURADO SEGÚN CORRESPONDA, SE COMPROMETE A PAGAR LA PRIMA DENTRO DE LOS 30 DÍAS CONTADOS A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA. DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1068 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, MODIFICADO POR EL ARTÍCULO 82 DE LA LEY 45 DE 1990, LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PRESENTE PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA.

DE SEGUROS PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICION DE LA PÓLIZA. EN MI CALIDAD COMO TOMADOR DE LA PÓLIZA INDICADA EN ESTA CARATULA, MANIFIESTO EXPRESAMENTE QUE HE TENIDO A MI DISPOSICION LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA MANIFIESTO ADEMÁS, QUE DURANTE EL PROCESO DE NEGOCIACION, ANTICIPADAMENTE ME HAN SIDO EXPLICADAS POR LA COMPAÑIA Y/O POR EL INTERMEDIARIOS DE SEGUROS AQUÍ INDICADO, SOBRE LAS EXCLUSIONES Y ALCANCES Y CONTENIDOS DE LA COBERTURA, ASI COMO LAS GARANTIAS, EN VIRTUD DE TAL ENTENDIMIENTO, LAS ACEPTO Y DECIDO TOMARLA PÓLIZA DE SEGUROS CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO.

Lineas de Atención al Cliente:

• Nacional: 01 8000 111 935
• Bogotá: 327 4712 - 327 4713

Firma Autorizada - Compañía Mundial Seguro S.A.

TOMADOR



Cumplimos los sueños de nuestro planeta reciclando responsablemente.
Protege el medio ambiente evitando la impresión de este documento.

Ciudad: BOGOTA D.C

Mes: FEBRERO

Día: 28

Año: 2023

CUENTA DE COBRO No. 1

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS

No. APC2023-DIMFKENNEDY-CON022

NOMBRE: JAIMMY LORENA AYALA URBANO

CEDULA: 1.010.222.197

CUENTA BANCARIA: 143322881 BANCO: BOGOTA AHORRO X CORRIENTE

LA SUMA DE: PERIODO: (\$1.969.612) Un Millón Novecientos Sesenta y Nueve Mil Seiscientos Doce pesos M/Cte.

PERIODO: Fase atención - Febrero

CONCEPTO: Apoyo pedagógico, DIMF Kennedy, 11005322023, con 50 cupos

El Contratista ha desarrollado las obligaciones objeto del CONTRATO con total independencia y autonomía, frente a la Asociación Profesionales de Colombia, razón por la cual no constituye vínculo laboral alguno, ni da lugar a ninguna clase de Prestaciones Sociales de conformidad con lo establecido por la Normatividad Vigente.

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI NO X a partir de la fecha Día Mes Año en constancia:

Firmo _____

Autorizo me sea descontada la suma de:

APORTES FONDO	0
PRESTAMOS	0
OTROS DESCUENTOS (intereses):	0
TOTAL, DESCUENTOS	0

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: (\$1.969.612) Un Millón Novecientos Sesenta y Nueve Mil Seiscientos Doce pesos M/Cte. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

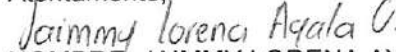
Autorizado por:

Aprobado por:


Yolima Guzmán Fajardo
Coordinador
C.C. 40.443.431


Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,


NOMBRE: JAIMMY LORENA AYALA URBANO
C.C. 1.010.222.197
DR. CALLE 85 A SUR 80 K 11 3203439331/ lorena-ayala@outlook.com

NOTA: Se debe anexar planilla de pago de los Aportes a Salud, Pensión y ARL, del mes vencido y productos del mes según certificación de cumplimiento.

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO POR CARGO
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
CTO # 1100/535/2023

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO GRAN BRITANIA
NOMBRE	JAIMMY LORENA AYALA URBANO
CARGO	APOYO PEDAGOGICO UDS
PERIODO y FECHA	FEBRERO

					APOYO PEDAGOGICO:			
FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	1	2. Organizar, archivar y digitalizar la documentación requerida para la formalización del cupo del GA (50)	2.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 2.2 Acomodación de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 2.3 Digitalización de cada uno de los documentos de los participantes del GA 2.4 Cargue de los documentos al drive correspondiente al GT, opcional, o dar a conocer avances 2.5 Archivo de los documentos en las carpetas respectivas	25%	28/02/2023	X		
		3. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 40 minutos de formación (DIMF)	3.1 Desarrollo los 15 encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atención correspondiente. Formato Verificación condiciones de habitabilidad (Criterios de focalización)	35%	1-3-2021	X		
		4. Apoyar el proceso de digitalización de la información física que se requiera según las indicaciones y el protocolo de archivo, y elaboración de directorio por GA (50)	4.1 Directorio, de las 50ta familias vinculadas.	20%	28/02/2023	X		
		5 Entrega de Raciones	5.1 Formato RPP 5.1 Fotografías uno a uno de la entrega de RPP - en power Point	20%	28/02/2023	X		
TOTAL				100%				

FIRMA CONTRATISTA	<i>Jaimmy Lorena Ayala U.</i>
NOMBRE:	Jaimmy Lorena Ayala U.
C.C.	1010222197

FIRMA COORDINADORA	<i>J-C</i>
NOMBRE:	Yolima Carmona
C.C.	40443431

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que JAIMMY AYALA, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 1.010.222.197 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 143322881, abierta/o desde el 1/2/2023.

Se expide en Bogotá el día 2 del mes de Febrero del año 2023 con destino a: A quien
interesa



Firma Autorizada

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.010.222.197

AYALA URBANO

APELLIDOS

JAIMMY LORENA

NOMBRES

Jaimmy Lorena Ayala U

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 11-JUN-1995

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.58

ESTATURA

A+

G.S. RH

F

SEXO

12-JUN-2013 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA



P-1500150-01003420-F-1010222197-20180508

0061073853A 1

9904281633



No. de Radicación

Fecha de Radicación

10/04/2012

I. DATOS DEL TRÁMITE

(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒	2. Tipo de Afiliación A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia ☒ • Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	3. Régimen A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐	4. Tipo de afiliado: A. Cotizante ☒ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐	Código (a registrar por la EPS) 59
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐				

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres Primer Apellido: Aguirre Segundo Apellido: Urbano Primer Nombre: Jaimmy Segundo Nombre: Lorena	7. Tipo de documento de identidad ☐	8. Número de documento de identidad 1010222199	9. Sexo Femenino ☒ Masculino ☐	10. Fecha de nacimiento 10/04/1985
---	--	--	--	------------------------------------

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad Tipo ☐ Condición ☐	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL SURA	16. Administradora de pensiones Porvenir
17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia Calle 8, a su 90 N 11 Bogotá	19. Zona Urbana ☒ Rural ☐	20. Departamento Bogotá	21. Teléfono fijo y/o celular 310 343 531	22. Correo electrónico luciana@compu.com

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres Primer Apellido: Jaimmy Segundo Apellido: Lorena Primer Nombre: Jaimmy Segundo Nombre: Lorena	20. Tipo de documento de identidad ☐	21. Número de documento de identidad	22. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	23. Fecha de nacimiento 01/04/1985
---	---	--------------------------------------	--	------------------------------------

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres				25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo Femenino Masculino
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre			
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo Condición F N M T P	32. Datos de residencia Municipio / Distrito Zona Urbana Rural Departamento Teléfono fijo y/o celular			33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1				Bogotá			
B2				Bogotá			
B3							
B4							
B5							

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)	V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO	
Cot.		35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación
B		37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
B			
B			
39. Ubicación Dirección: Teléfono: Correo electrónico: Municipio / Distrito: Departamento:			

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad	7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales	13. Movilidad: A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado ☐
1. Modificación datos básicos de identificación	8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales	14. Traslado: A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen ☐
2. Corrección datos básicos de identificación	9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar	15. Reporte por fallecimiento
3. Actualización documento de identidad	10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando	16. Reporte del trámite de protección al cesante
4. Actualización y corrección de datos complementarios	11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas	17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado
5. Terminación de la inscripción en la EPS Código:	12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones	18. Reporte de la calidad de Pensionado

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario

14900409369



(415)7707212489984(8020) 000001490040936 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 1 0 2 2 2 1 9 7

6. DV

2

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

1 0 1 0 2 2 2 1 9 7

27. Fecha expedición

2 0 1 3 0 6 1 2

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

AYALA

32. Segundo apellido

URBANO

33. Primer nombre

JAIMMY

34. Otros nombres

LORENA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CL 85 A SUR 80 K 11

42. Correo electrónico

lorena-ayala@outlook.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 2 0 3 4 3 9 3 3 1

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

46. Código

8 5 1 2

47. Fecha inicio actividad

2 0 1 9 0 2 1 8

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código

1

2

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código

4 9

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

Exportadores

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

X

60. No. de Folios:

0

61. Fecha

2023 - 03 - 03 / 09 : 23 : 47

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.

Párrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre AYALA URBANO JAIMMY LORENA

985. Cargo CONTRIBUYENTE



tu compañía siempre

NIT 860.037.013-6
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
IVA RÉGIMEN COMUN - AUTORETENEDORES

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.



LA COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A

CERTIFICA:

Que la garantía de Cumplimiento contenida en la póliza COQ-100000093 y endoso, 0 cuyo afianzado es: AYALA URBANO, JAIMMY LORENA Asegurado o Beneficiario: ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA / ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA, expedida por la Compañía en 27/02/2023, no expirará por falta de pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella o por revocación unilateral por parte del Tomador o de la Compañía.

CEN ORINOQUIA a los 27 días del mes FEBRERO del año 2023.

Firma Autorizada - Compañía Mundial de Seguros S.A.



Código de Seguridad: 7C3ISXwod9pMbLE/GHT2Kw==

No. PÓLIZA		COQ-10000093		No. ANEXO		0		No. CERTIFICADO		532000102		No. RIESGO					
TIPO DE DOCUMENTO								FECHA DE EXPEDICIÓN		27/02/2023		SUC. EXPEDIDORA		CEN ORINOQUIA			
VIGENCIA DESDE				VIGENCIA HASTA				DÍAS		VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE				VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA			
00:00 Horas Del		06/02/2023		24:00 Horas Del		06/01/2024				N/A		N/A		N/A			
TOMADOR		AYALA URBANO, JAIMMY LORENA										No. DOC. IDENTIDAD		1.010.222.197			
DIRECCIÓN		CALLE 85A SUR 80 N 11										TELÉFONO		3203439331			
ASEGURADO		ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA										No. DOC. IDENTIDAD		830.107.985-1			
DIRECCIÓN		CLL 95 # 68 F 24										TELÉFONO		3102502165			
BENEFICIARIO		ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA										No. DOC. IDENTIDAD		830.107.985-1			
DIRECCIÓN		CLL 95 # 68 F 24										TELÉFONO		3102502165			

OBJETO DE CONTRATO

GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO NO.APC2023-DIMFKENNY-CON022 , CUYO OBJETO ES

EL CONTRATISTA EN SU CALIDAD DE TRABAJADOR INDEPENDIENTE SE OBLIGA CON EL CONTRATANTE A PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO APOYO PEDAGOGICO EN EL MARCO DEL CONTRATO DE APOORTE SUSCRITO CON EL ICBF PARA LA INSTITUCIÓN DEL CDI DIMF

NOMBRE DEL AMPARO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA\$	VALOR PRIMAS
CUMPLIMIENTO	00:00 Horas Del 06/02/2023	24:00 Horas Del 06/01/2024	3.492.778,60	10.000,00
CALIDAD DEL SERVICIO	00:00 Horas Del 06/02/2023	24:00 Horas Del 06/01/2024	3.492.778,60	10.000,00
		TOTAL ASEGURADO	\$ 6.985.557,20	

INTERMEDIARIOS	TIPO	% PARTICIPACIÓN	PRIMA BRUTA	\$	20.000,00
ASESORIAS Y SOLUCIONES M&M LTDA	AGENCIAS	100,00	DESCUENTOS	\$	

DISTRIBUCIÓN COASEGURO				
COMPañÍA	TIPO COASEGURO	PÓLIZA LÍDER	CERTIF. LÍDER	% PARTICIPACIÓN

EXTRA PRIMA	
PRIMA NETA	\$ 20.000,00
GASTOS EXP.	\$ 5.000,00
IVA	\$ 4.750,00
TOTAL A PAGAR	\$ 29.750,00

CONVENIO DE PAGO	DIRECTO EFECTIVO, Fecha de Pago: 27/02/2023
------------------	---

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

ES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO DILIGENCIAR EL FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE, SUMINISTRAR INFORMACIÓN VERAZ Y VERIFICABLE Y REALIZAR ACTUALIZACIÓN DE DATOS POR LO MENOS ANUALMENTE (CIRCULAR EXTERNA 026 DE 2008 SUPERFINANCIERA).

 CONSULTA LA AUTENTICIDAD DE ESTA PÓLIZA INGRESANDO A PRODUCTOS.MUNDIALSEGUROS.COM.CO DIGITA EL CÓDIGO DE SEGURIDAD QUE ENCUENTRAS EN LA PARTE SUPERIOR DE ESTE DOCUMENTO Y VIVE LA EXPERIENCIA DE ESTAR ASEGURADO CON EL RESPALDO DE SEGUROS MUNDIAL. TAMBIÉN PUEDES LLAMAR A LA LÍNEA NACIONAL 01 8000 111 935 - 327 47 12/13

EL TOMADOR Y/O ASEGURADO SEGÚN CORRESPONDA, SE COMPROMETE A PAGAR LA PRIMA DENTRO DE LOS 30 DÍAS CONTADOS A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA. DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1068 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, MODIFICADO POR EL ARTÍCULO 82 DE LA LEY 45 DE 1990, LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PRESENTE PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA. EN MI CALIDAD COMO TOMADOR DE LA PÓLIZA INDICADA EN ESTA CARATULA, MANIFIESTO EXPRESAMENTE QUE HE TENIDO A MI DISPOSICIÓN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA MANIFIESTO ADÉMÁS, QUE DURANTE EL PROCESO DE NEGOCIACIÓN, ANTICIPADAMENTE ME HAN SIDO EXPLICADAS POR LA COMPAÑÍA Y/O POR EL INTERMEDIARIOS DE SEGUROS AQUÍ INDICADO, SOBRE LAS EXCLUSIONES Y ALCANCES Y CONTENIDOS DE LA COBERTURA, ASÍ COMO LAS GARANTÍAS, EN VIRTUD DE TAL ENTENDIMIENTO, LAS ACEPTO Y DECIDO TOMARLA PÓLIZA DE SEGUROS CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO.

Firma Autorizada - Compañía Mundial Seguro S.A.

Jaimmy Lorena Aguila U.
TOMADOR

Lineas de Atención al Cliente:

- Nacional: 01 8000 111 935
- Bogotá: 327 4712 - 327 4713

Cumplimos los sueños de nuestro planeta reciclando responsablemente.
Protege el medio ambiente evitando la impresión de este documento.

HOJA No.

Ciudad: Bogotá

Mes: Febrero

Día: 28

Año: 2023

CUENTA DE COBRO No. 1

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS

No. APC2023-DIMFKENNEDY-CONO25

NOMBRE: Julieth Yesenia Bolívar Alarcón

CEDULA: 1.030.671.785

CUENTA BANCARIA: 316437771 BANCO: BOGOTA AHORRO ☒ CORRIENTE ☐

LA SUMA DE: PERIODO: (\$1.969.612) Un millón novecientos sesenta y nueve mil seiscientos doce pesos M/Cte.

PERIODO: Fase atención Febrero

CONCEPO: Auxiliar Pedagógico, DIMF Gestando Futuro, No Contrato, 11005322023 SO Qura

El Contratista ha desarrollado las obligaciones objeto del CONTRATO con total independencia y autonomía, frente a la Asociación Profesionales de Colombia, razón por la cual no constituye vínculo laboral alguno, ni da lugar a ninguna clase de Prestaciones Sociales de conformidad con lo establecido por la Normatividad Vigente.

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI ☐ NO ☒ a partir de la fecha Día Mes Año en constancia:

Firmo _____

Autorizo me sea descontada la suma de:

APORTES FONDO	0
PRESTAMOS	0
OTROS DESCUENTOS (intereses):	0
TOTAL, DESCUENTOS	0

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: (\$1.969.612) Un millón novecientos sesenta y nueve mil seiscientos doce pesos M/Cte. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:


Yolima Guzman Fajardo

Coordinador

C.C. 40.443.431

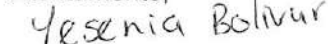
Aprobado por:


Ana Rocío Quiroz Manrique

Representante Legal

C.C. 52.339.600

Atentamente,


Yesenia Bolívar

NOMBRE: Julieth Yesenia Bolívar Alarcón

C.C. 1.030.671.785

DR: Cra 100 38-29 sur/ Juliethyeseniabolivaralarcon@gmail.com/ Celular: 3117042780

NOTA: Se debe anexar planilla de pago de los Aportes a Salud, Pensión y ARL, del mes vencido y productos del mes según certificación de cumplimiento.

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO POR CARGO
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
CTO # 1100/535/2023

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO GRAN BRITANIA
NOMBRE	JULIETH YESENIA BOLIVAR ALARCON
CARGO	APOYO PEDAGOGICO UDS
PERIODO y FECHA	FEBRERO

					APOYO PEDAGOGICO :			
FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	1	2. Organizar, archivar y digitalizar la documentación requerida para la formalización del cupo del GA (50)	2.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 2.2 Acomodación de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 2.3 Digitalización de cada uno de los documentos de los participantes del GA 2.4 Cargue de los documentos al drive correspondiente al GT, opcional, o dar a conocer avances 2.5 Archivo de los documentos en las carpetas respectivas	25%	28/02/2023	X		
		3. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 40 minutos de formación (DIMF)	3.1 Desarrollo los 15 encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atención correspondiente. Formato Verificación condiciones de habitabilidad (Criterios de focalización)	35%	1-3-2023	X		
		4. Apoyar el proceso de digitalización de la información física que se requiera según las indicaciones y el protocolo de archivo, y elaboración de directorio por GA (50)	4.1 Directorio, de las 50ta familias vinculadas.	20%	28/02/2023	X		
		5. Entrega de Raciones	5.1 Formato RPP 5.1 Fotografías uno a uno de la entrega de RPP - en power Point	20%	1-3-2023	X		
TOTAL				100%				

FIRMA CONTRATISTA	Yessenia Bolivar
NOMBRE:	Julieth Yessenia Bolivar Alarcon
C.C.	1030671285

FIRMA COORDINADORA	Yolma Guzman
NOMBRE:	Yolma Guzman
C.C.	40443431

EL BANCO DE BOGOTÁ

INFORMA:

Que la persona JULIETH YESENIA BOLIVAR ALARCON identificado(a) con CC 1030671785 está vinculado(a) al BANCO DE BOGOTÁ a través de la CTA AHORROS No. 316437771 desde el 02 de febrero de 2023, este producto se encuentra Vigente.

Esta información es confidencial, no es una recomendación de negocio y se suministra sin responsabilidad del banco, se expide el 08 de febrero de 2023, a solicitud del interesado, con destino a quien interese.

Atentamente,



Olga Yanira Otálora Guerrero

Gerencia de Soluciones para el Cliente

Banco de Bogotá

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.030.671.785
BOLIVAR ALARCON

APELLIDOS
JULIETH YESENIA

NOMBRES

Yesenica Bolivar

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-NOV-1996
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60

ESTATURA

A+

G.S. RH

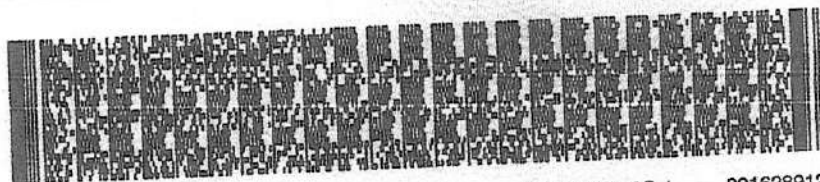
11-NOV-2014 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

F

SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

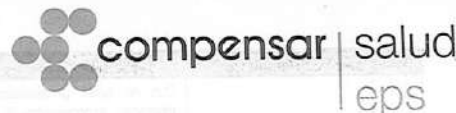


P-1500150-01268044-F-1030671785-20211122

0076660660G 1

9916289127

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES
AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD



No. de Radicación		Fecha de Radicación	

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Tipo de afiliado:	5. Tipo de cotizante:	6. Cabeza de familia	7. Beneficiario	8. Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación	A. Individual:	A. Contributivo	A. Cotizante	A. Dependiente			
B. Reporte de Novedades	• Cotizante o cabeza de familia	B. Subsidiado	B. Cotizante	B. Independiente			59
	• Beneficiario o afiliado adicional			C. Pensionado			

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres	7. Tipo de documento de identidad	8. Número de documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres	20. Tipo de documento de identidad	21. Número de documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres	25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo

28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad	32. Datos de residencia	33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS)

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad	7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales	13. Movilidad:

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación	42. Fecha

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.	51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva Institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN, RC, TI, CC, PA, RA, SC, Total	61. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare la unión marital.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial	67. Datos del SISBÉN	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

2. Concepto 02 Actualización

4. Número de formulario

14900650331



(415)7707212489984(8020) 000001490065033 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

1 0 3 0 6 7 1 7 8 5

1

Impuestos de Bogotá

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

2

25. Tipo de documento

1 3

26. Número de Identificación

1 0 3 0 6 7 1 7 8 5

27. Fecha expedición

2 0 1 4, 1 1, 1 1

Lugar de expedición

28. País

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

BOLIVAR

32. Segundo apellido

ALARCON

33. Primer nombre

JULIETH

34. Otros nombres

YESENIA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CR 100 # 38 Sur - 29

42. Correo electrónico

juliethyeseniabolivaraalarcon@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 0 2 7 6 9 6 7 3

45. Teléfono 2

3 1 1 7 0 4 2 7 8 0

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

Actividad secundaria

Otras actividades

46. Código

47. Fecha inicio actividad

48. Código

49. Fecha inicio actividad

50. Código

1

2

51. Código

52. Número establecimientos

8 5 1 1

2 0 2 0, 0 2, 0 1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código

4 9

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

Exportadores

54. Código

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

X

60. No. de Folios:

0

61. Fecha

2023 - 03 - 04 / 09 : 41: 53

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.

Parágrafo del artículo 1.5.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre BOLIVAR ALARCON JULIETH YESENIA

985. Cargo CONTRIBUYENTE



LA COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

CERTIFICA:

Que la garantía de Cumplimiento contenida en la póliza COQ-100000107 y endoso, 0 cuyo afianzado es: BOLIVAR ALARCON, JULIETH YESENIA Asegurado o Beneficiario: ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA / ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA, expedida por la Compañía en 27/02/2023, no expirará por falta de pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella o por revocación unilateral por parte del Tomador o de la Compañía.

CEN ORINOQUIA a los 28 días del mes FEBRERO del año 2023.



Firma Autorizada - Compañía Mundial de Seguros S.A.



Ciudad: Bogotá D.C

Mes: **Febrero**

Día: 28

Año: 2023

CUENTA DE COBRO No. 1

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA

NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS

No. DIMKENNEDY-CON017

NOMBRE: LINA FERNANDA ANGULO BENITEZ

CEDULA: 1.022.999.801

CUENTA BANCARIA: 060375292 BANCO: BOGOTA AHORRO X CORRIENTE

LA SUMA DE: PERIODO: (\$1.969.612) UN MILLON NOVECIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS DOCE PESOS M/Cte.

PERIODO: FASE DE ATENCION - FEBRERO

CONCEPTO:

APOYO PEDAGOGICO DIMF KENNEDY 11005322023, CON 50 CUPOS

El Contratista ha desarrollado las obligaciones objeto del CONTRATO con total independencia y autonomía, frente a la Asociación Profesionales de Colombia, razón por la cual no constituye vínculo laboral alguno, ni da lugar a ninguna clase de Prestaciones Sociales de conformidad con lo establecido por la Normatividad Vigente.

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI NO X a partir de la fecha Día Mes Año en constancia:

Firmo

Autorizo me sea descontada la suma de:

APORTES FONDO	0
PRESTAMOS	0
OTROS DESCUENTOS (intereses):	0
TOTAL, DESCUENTOS	0

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS(\$1.969.612) UN MILLON NOVECIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS DOCE PESOS M/Cte. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a PAZ Y SALVO conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Aprobado por:

Yolima Guzman Fajardo
Coordinador
C.C. 40.443.431

Ana Rocio Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Atentamente,
Lina Fernanda Angulo Benitez

NOMBRE: Lina Fernanda Anglo Benitez
C.C. 1.022.999.801
DR. Calle 48# 80i- 72
CORREO: lfangulo92@gmail.com
TEL: 3007513909-3874549

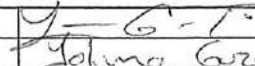
NOTA: Se debe anexar planilla de pago de los Aportes a Salud, Pensión y ARL, del mes vencido y productos del mes según certificación de cumplimiento.

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO POR CARGO
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
CTO # 1100/535/2023

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO GRAN BRITANIA
NOMBRE	LINA FERNANDA ANGULO
CARGO	APOYO PEDAGOGICO UDS
PERIODO y FECHA	FEBRERO

FASE		PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	APOYO PEDAGÓGICO :			
						FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCIÓN	1	2. Organizar, archivar y digitalizar la documentación requerida para la formalización del cupo del GA (50)	2.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 2.2 Acomodación de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 2.3 Digitalización de cada uno de los documentos de los participantes del GA 2.4 Cargue de los documentos al drive correspondiente al GT, opcional, o dar a conocer avances 2.5 Archivo de los documentos en las carpetas respectivas	25%	28/02/2023	X			
		3. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 40 minutos de formación (DIMF)	3.1 Desarrollo los 15 encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atención correspondiente. Formato Verificación condiciones de habitabilidad (Criterios de focalización)	35%	1-3-2023	X			
		4. Apoyar el proceso de digitalización de la información física que se requiera según las indicaciones y el protocolo de archivo, y elaboración de directorio por GA (50)	4.1 Directorio, de las 50ta familias vinculadas.	20%	28/02/2023	X			
		5. Entrega de Raciones	5.1 Formato RPP 5.1 Fotografías uno a uno de la entrega de RPP - en power Point	20%	1-3-2023	X			
		TOTAL				100%			

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	Lina Fernanda Angulo
C.C.	107499801

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Yolima Garmen
C.C.	40443431

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que LINA FERNANDA ANGULO BENITEZ, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 1.022.999.801 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 060375292, abierta/o desde el 1/2/2023, con saldo a la fecha de: \$ 0

Se expide en Bogotá el día 26 del mes de Febrero del año 2023 con destino a: Asociación Profesionales de Colombia



Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.022.999.801**

ANGULO BENITEZ

APELLIDOS

LINA FERNANDA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-OCT-1994**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.75

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

15-NOV-2012 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN



REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



A-1500150-01290691-F-1022999801-20220414

0078804012A 1

9918849197

I. DATOS DEL TRÁMITE

(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Tipo de afiliado:	Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación	A. Individual: <ul style="list-style-type: none"> • Cotizante o cabeza de Familia • Beneficiario o afiliado adicional 	A. Contributivo	A. Cotizante	
B. Reporte de Novedades	B. Colectiva	B. Subsidiado	B. Cabeza de familia	
	C. Institucional		C. Beneficiario	
	D. De oficio		5. Tipo de cotizante: A. Dependiente	
			B. Independiente	
			C. Pensionado	

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres		7. Tipo de documento de identidad		8. Número de documento de identidad		9. Sexo		10. Fecha de nacimiento	
Primer Apellido: <u>Aranda</u> Segundo Apellido: <u>Benitez</u>		☐ CC ☐ CE ☐ CI ☐ CO ☐ CR ☐ CU ☐ CD ☐ CA ☐ CC		1027999801		Femenino ☒ Masculino ☐		12/01/2012	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad Tipo ☐ F ☒ N ☐ M Condición ☐ T ☐ P	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
17. Ingreso base de cotización - IBC		18. Residencia			
Hangele 73		Zona Urbana ☒ Rural ☐		Kempach	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres		Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
20. Tipo de documento de identidad	☐	21. Número de documento de identidad				22. Sexo	Femenino ☐ Masculino ☐	23. Fecha de nacimiento	D D M M A A A A

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres				25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo		
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre			Femenino	Masculino
B1								
B2	Vergara	Angulo	Liam	Corral	R.C.	1119 567031		
B3								
B4								
B5								

B1	28. Fecha de nacimiento										29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad					32. Datos de residencia				33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS)	
	D	M	M	A	A	A	A	A	A	A			Tipo		Condición			Municipio / Distrito	Zona		Departamento		Teléfono fijo y/o celular
													F	N	M	T	P		Urbana	Rural			
B1																							
B2	2	0	0	7	2	0	7	4			hijo/a						Bogotá			Cundinamarca	01571111		
B3																							
B4																							
B5																							

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS		Código de la IPS (a registrar por la EPS)		RESPONSABLES DE ENTREGA DE SERVICIOS			35. Nombre o razón social		36. Tipo de documento de identificación		
Cot.											
B											
B											
B											
39. Ubicación				37. Número del documento de identificación		38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)					
Dirección				Teléfono		Correo electrónico		Municipio / Distrito		Departamento	

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad		7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales	☐	13. Movilidad:
1. Modificación datos básicos de identificación	☐	8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales	☐	A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado ☐
2. Corrección datos básicos de identificación	☐	9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar	☐	14. Traslado:
3. Actualización documento de identidad	☐	10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando	☐	A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen ☐
4. Actualización y corrección de datos complementarios	☐	11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas	☐	15. Reporte por fallecimiento
5. Terminación de la inscripción en la EPS	☐	12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas	☐	16. Reporte del trámite de protección al cesante
Código <input type="text"/>	☐			17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado
6. Reinscripción en la EPS	☐			18. Reporte de la calidad de Pensionado

2. Concepto **02** Actualización

4. Número de formulario

14885215317



(415)7707212489984(8020) 0000014885215317

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 2 2 9 9 9 8 0 1

6. DV

1

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

3 2

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

1 0 2 2 9 9 9 8 0 1

27. Fecha expedición

2 0 1 2 1 1 1 5

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

ANGULO

32. Segundo apellido

BENITEZ

33. Primer nombre

LINA

34. Otros nombres

FERNANDA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CL 48 80172 SUR

42. Correo electrónico

lfangulo92@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 8 7 4 5 4 9

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

8 2 9 9

47. Fecha inicio actividad

2 0 1 5 0 4 1 6

Actividad secundaria

48. Código

1 0 8 4

49. Fecha inicio actividad

2 0 1 8 0 2 0 5

Otras actividades

50. Código

1

2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 4 9

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

54. Código

Exportadores

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

X

60. No. de Folios:

0

61. Fecha

2023 - 02 - 10 / 23: 21: 08

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.

Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ANGULO BENITEZ LINA FERNANDA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

**LA COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A****CERTIFICA:**

Que la garantía de Cumplimiento contenida en la póliza COQ-100000077 y endoso, 0 cuyo afianzado es:
ANGULO BENITEZ, LINA FERNANDA Asegurado o Beneficiario: **ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA /**
ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA, expedida por la Compañía en 25/02/2023, no expirará por falta de
pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella o
por revocación unilateral por parte del Tomador o de la Compañía.

CEN ORINOQUIA a los 25 días del mes FEBRERO del año 2023.

Firma Autorizada - Compañía Mundial de Seguros S.A.



Ciudad: BOGOTA

Mes: FEBRERO

Día: 28

Año: 2023

CUENTA DE COBRO No. 1

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS

No. APC2023-DIMFKENNEDY-CON026

NOMBRE: NIDIA MARCELA MENDIETA RAMIREZ

CEDULA: 52.904.447

CUENTA BANCARIA: 078459591 BANCO: BOGOTA AHORRO X CORRIENTE

LA SUMA DE: PERIODO: (\$1.969.612) Un Millón Novecientos Sesenta y Nueve Mil Seiscientos Doce pesos M/Cte.

PERIODO: Fase de Atencion - Febrero

CONCEPTO: Apoyo pedagógico, DIMF Kennedy, 11005322023, con 50 cupos

El Contratista ha desarrollado las obligaciones objeto del CONTRATO con total independencia y autonomía, frente a la Asociación Profesionales de Colombia, razón por la cual no constituye vínculo laboral alguno, ni da lugar a ninguna clase de Prestaciones Sociales de conformidad con lo establecido por la Normatividad Vigente.

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI NO X a partir de la fecha Día Mes Año en constancia:

Firmo _____

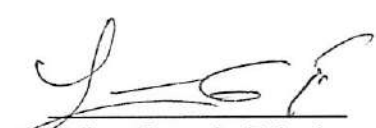
Autorizo me sea descontada la suma de:

APORTES FONDO	0
PRESTAMOS	0
OTROS DESCUENTOS (intereses):	0
TOTAL, DESCUENTOS	0

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: (\$1.969.612) Un Millón Novecientos Sesenta y Nueve Mil Seiscientos Doce pesos M/Cte. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

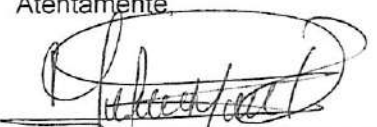
Autorizado por:

Aprobado por:


Yolima Guzmán Fajardo
Coordinador
C.C. 40.443.431


Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente


NOMBRE: NIDIA MARCELA MENDIETA RAMIREZ

C.C. 52.904.447

DR. Carrera 86 c # 42 g 53 sur /310 8684963/ nidiamarcelamr@hotmail.com

NOTA: Se debe anexar planilla de pago de los Aportes a Salud, Pensión y ARL, del mes vencido y productos del mes según certificación de cumplimiento.

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO POR CARGO
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
CTO # 1100/535/2023

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO GRAN BRITANIA
NOMBRE	NIDIA MARCELA MENDIETA RAMIREZ
CARGO	APOYO PEDAGOGICO UDS
PERIODO y FECHA	FEBRERO

					APOYO PEDAGOGIO:			
FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	1	2. Organizar, archivar y digitalizar la documentación requerida para la formalización del cupo del GA (50)	2.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 2.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 2.3 Digitalización de cada uno de los documentos de los participantes del GA 2.4 Cargue de los documentos al drive correspondiente al GT, opcional, o dar a conocer avances 2.5 Archivo de los documentos en las carpetas respectivas	25%	28/02/2023	X		
		3. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 40 minutos de formación (DIMF)	3.1 Desarrollo los 15 encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atención correspondiente. Formato Verificación condiciones de habitabilidad (Criterios de focalización).	35%	1-3-2023	X		
		4. Apoyar el proceso de digitalización de la información física que se requiera según las indicaciones y el protocolo de archivo, y elaboración de directorio por GA (50)	4.1 Directorio, de las 50ta familias vinculadas.	20%	28/02/2023	X		
		5 Entrega de Raciones	5.1 Formato RPP 5.1 Fotografías uno a uno de la entrega de RPP - en power Point	20%	1-3-2023	X		
		TOTAL				100%		

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	Nidia Marcela Mendieta
C.C.	52904447

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Yolima Giron
C.C.	40.443.431

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que NIDIA MENDIETA, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 52.904.447 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 078459591, abierta/o desde el 2/2/2023.

Se expide en Bogotá el día 3 del mes de Febrero del año 2023 con destino a: Nidia Marcela Mendieta Ramírez


Firma Autorizada

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **52.904.447**
MENDIETA RAMIREZ

APELLIDOS
NIDIA MARCELA

NOMBRES



FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **26-DIC-1981**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 **O+**
ESTATURA G.S. RH

16-AGO-2000 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

F
SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



P-1500100-01141071-F-0052904447-20200605

0070875452A 1

9912374495



AUTORIZACIÓN PREVIA PARA EL TRATAMIENTO
DE DATOS PERSONALES Y
DATOS PERSONALES SENSIBLES

Firma del afiliado:

Nombres y Apellidos: **NIDIA MARCELA MENDIETA RAMIREZ**
 Identificación: **CC 52904447**

Se autoriza la distribución y uso de este documento en su totalidad o en sus fragmentos de forma gratuita.

SI ☐ NO ☒

Fuerza del anillo:

Nombre y Apellidos: **NIÑIA MARCELA MENDIETA RAMIREZ**
Identificación: **CC 52904447**

FIRMA A RUIFGO

Frente a Ruedos:

Fundación y Afiliados
 Inscripción
 Exento
 Exención de Normas

Montana y Apalaches
 en quien no sabe o
 no puede firmar.

2. Concepto **0 2** Actualización

4. Número de formulario

14893289071



(415)7707212489984(8020) 000001489328907 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

11. Buzón electrónico

5 2 9 0 4 4 4 7 8

Impuestos de Bogotá

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

5 2 9 0 4 4 4 7

27. Fecha expedición

2 0 0 0, 0 8, 1 6

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

MENDIETA

32. Segundo apellido

RAMIREZ

33. Primer nombre

NIDIA

34. Otros nombres

MARCELA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CR 86 C 42 G SUR 54 BRR TINTALITO

42. Correo electrónico

nidiamarcelamr@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

4 5 2 1 6 5 1

45. Teléfono 2

3 1 0 8 6 8 4 9 6 3

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

46. Código

8 5 6 0

Actividad secundaria

47. Fecha inicio actividad

2 0 2 1, 0 7, 0 7

48. Código

49. Fecha inicio actividad

50. Código

1

2

Otras actividades

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código

4 9

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

Exportadores

54. Código

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

X

60. No. de Folios:

0

61. Fecha

2023 - 02 - 02 / 17 : 56: 14

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.

Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

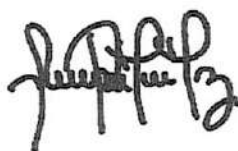
984. Nombre MENDIETA RAMIREZ NIDIA MARCELA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

**LA COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A****CERTIFICA:**

Que la garantía de Cumplimiento contenida en la póliza COQ-100000053 y endoso, 0 cuyo afianzado es: MENDIETA RAMIREZ, NIDIA MARCELA Asegurado o Beneficiario: ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA / ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA, expedida por la Compañía en 24/02/2023, no expirará por falta de pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella o por revocación unilateral por parte del Tomador o de la Compañía.

CEN ORINOQUIA a los 24 días del mes FEBRERO del año 2023.



Firma Autorizada - Compañía Mundial de Seguros S.A.



Ciudad: BOGOTA D.C

Mes: FEBRERO

Día: 28

Año: 2023

CUENTA DE COBRO No. 2

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2023-DIMFKENNEDY-CON004

NOMBRE: YISETH VANNESA ABRIL ROBAYO

CEDULA: 1.024.547.299

CUENTA BANCARIA: 022620272 **BANCO:** BOGOTA **AHORRO** X **CORRIENTE**

LA SUMA DE: PERIODO: (\$ 2.298.100) Dos Millones Doscientos Noventa y Ocho Mil Cien pesos M/Cte.

PERIODO: Fase de Atención - Febrero

CONCEPTO: Apoyo Administrativo, DIMF Kennedy, 11005322023, con 350 cupos.

El Contratista ha desarrollado las obligaciones objeto del CONTRATO con total independencia y autonomía, frente a la Asociación Profesionales de Colombia, razón por la cual no constituye vínculo laboral alguno, ni da lugar a ninguna clase de Prestaciones Sociales de conformidad con lo establecido por la Normatividad Vigente.

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI X **NO** a partir de la fecha Día Mes Año en constancia:

Firmo _____

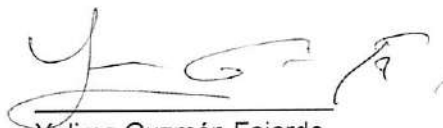
Autorizo me sea descontada la suma de:

APORTES FONDO	0
PRESTAMOS	0
OTROS DESCUENTOS (intereses):	0
TOTAL, DESCUENTOS	0

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: (\$ 2.298.100) Dos Millones Doscientos Noventa y Ocho Mil Cien pesos M/Cte. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Aprobado por:

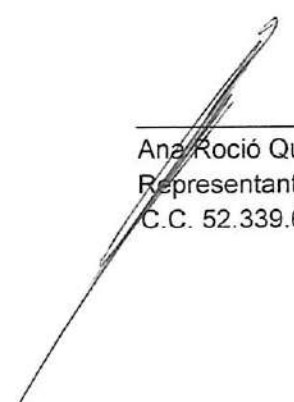

Yolima Guzmán Fajardo
Coordinador
C.C. 40.443.431

Atentamente,


NOMBRE: Yiseth Vannesa Abril Robayo

C.C. 1.024.547.299

DR. Carera 71 # 62 a - 25 sur/ 3115150959 / yisethv1219@hotmail.com


Ana Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

NOTA: Se debe anexar planilla de pago de los Aportes a Salud, Pensión y ARL, del mes vencido y productos del mes según certificación de cumplimiento.

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO POR CARGO
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
CTO # 1100/535/2023

Handwritten initials

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO SUBA
NOMBRE	YIETH VANNESA ABRIL ROBAYO
CARGO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO
PERIODO y FECHA	FEBRERO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	2	1. Apoyar la organización documental del Talento Humano.	1.1. Organización en el Drive de las Hojas de vida. 1.2. Matriz de Talento Humano Actualizada 1.3. Verificación de Pólizas 1.4. Verificación de afiliación de Seguridad Social.	10%	1-3-2023	✓		1.1 1.2.
		2. Manejo, registro e informe de plataforma CUENTAME	2.1. Cargue de Participantes de la UDS delegada Cargue de Talento Humano de la UDS delegada.	20%	1-3-2023	✓		Talento Humano
		3. Sistematización de la información relacionada con los participantes.	3.1. Directorio de los participantes actualizado de la UDS delegada. 3.2. Actualización de formatos RAM, Refrigerios, Bienestarina y entrega de RPP	20%	1-3-2023	✓		
		4. Organizar el archivo físico y garantizar la Seguridad de la Información de los participantes	4.1. Archivo físico de la UDS delegada. 4.2. Carpetas de los participantes vinculados a la UDS.	10%	1-3-2023	✓		4.1.
		5. Construcción de la nómina recepción y verificación de la documentación para formalización.	5.1. Formato de nómina en excell. 5.2. Check list de nómina por cargo (100% de los soportes relacionados) de la UDS asignada.	10%	1-3-2023	✓		
		6. Organización de formatos y material requerido para la operación del programa.	6.1. Formato de solicitud de copias. 6.2. Formato de solicitud de materiales didáctico y de consumo. 6.3. Formato de solicitud de aseo. 6.4. Kardex de ingresos a la bodega y egreso.	10%	1-3-2023	✓		
		7. Custodia y control de los equipos de computo e impresión.	7.1. Relación de fotocopiado e impresiones.	5%	1-3-2023	✓		
		8. Inventarios 2023	8.1. Realizar la consolidación de los inventarios en el excell correspondiente. Para el mes de febrero: 8.2. Inventario de equipos Audiovisuales 8.3. Actas de inventario recibido por UDS de la Asociación Esperanza y Progreso.	15%	1-3-2023	✓		
TOTAL				100%				

FIRMA CONTRATISTA	<i>[Signature]</i>
NOMBRE:	Vannesa Abril Robayo
C.C.	1024547799

FIRMA COORDINADORA	<i>[Signature]</i>
NOMBRE:	Yolma Garzón
C.C.	104443431

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que YISETH ABRIL, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 1.024.547.299 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 022620272, abierta/o desde el 26/1/2023. ✓

Se expide en Bogotá el día 27 del mes de Enero del año 2023 con destino a: A quien
interese ✓



Firma Autorizada

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.024.547.299**

ABRIL ROBAYO

APELLIDOS

YISETH VANNESA

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **19-DIC-1993**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

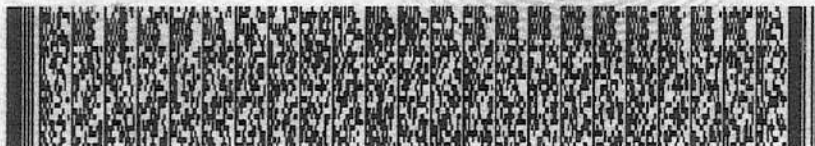
1.57
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

21-DIC-2011 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-1500150-00355185-F-1024547299-20120112

0028933772G 1

37556535

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1024547299	YISETH VANNESA ABRIL ROBAYO		CARRERA 71 # 62 A 25 SUR	4663217	yisethv1219@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS 1 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2023-02	2023-02	I	03/03/2023	65901134	\$338.700

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPG Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPG	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Familianar EPS	830003564-7	145.000	0		0		0	0	0	0	145.000	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
231001	Colfondos	600227940-6	185.600	0	0	0	0	0	0		185.600	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
				No. Autorización	Valor								
14-11	ARL SURA	890903790-5	6.100				6.100	0	0	6.100			61
												6.100	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	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	145.000	145.000
Pensión	1	185.600	185.600
Riesgos Laborales	1	6.100	6.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	336.700	336.700



NEQUI

Pagos PSE de Nequi

Pago Realizado

Descripción

MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Tienda

COMPENSAR-OI

Referencia de pago

1950215524

Precio

\$336,700

Número de referencia 1

186.102.63.252

Número de referencia 2

CC

Número de referencia 3

1024547299



LA COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A

CERTIFICA:

Que la garantía de Cumplimiento contenida en la póliza COQ-100000104 y endoso, 0 cuyo afianzado es:
ABRIL ROBAYO, YISETH VANNESA Asegurado o Beneficiario: ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA /
ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA , expedida por la Compañía en 27/02/2023, no expirará por falta de
pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella o
por revocación unilateral por parte del Tomador o de la Compañía.

CEN ORINOQUIA a los 27 días del mes FEBRERO del año 2023.



Firma Autorizada - Compañía Mundial de Seguros S.A.



