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

TALENTO HUMANO

FASE DE ATENCION

MARZO DE 2023

CONTRATO

DIMF

KENNEDY

11005322023

Sede Administrativa Calle 95 No 68 F 24 Barrio La Alborada
Teléfonos: 4742288 Sucursal Cll. 57 Sur No 104-09 Bosa Santafe
Teléfonos: - 7534620 www.apdecolombia.com
apdecolombia09@yahoo.es

Asociacion Profesionales de Colombia
830107985-1
Relacion de gastos
Dimf Kennedy
Talento Humano Contrato 11005322023
Mes Marzo 2023

PROVEEDOR	TIPO DE IDENTIFICACION	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN PROVEEDOR	CARGO	SOPORTE	DESCRIPCION SOPORTE	COPROBANTE DE EGRESO	RUBRO	VALOR TOTAL EJECUTADO	RETE ICA	VALOR TOTAL PAGADO
Emilce 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
Francia Gigliola Barrero Florez	Cc	52.911.613	Nutricionista	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.296.800	$ 22.187	$ 2.274.613
Gloria Stefany Rodriguez Carreño	Cc	1.016.074.416	Nutricionista	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.296.800	$ 22.187	$ 2.274.613
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
Martha Cecilia Garzon	Cc	51.930.289	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
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
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
Yeimy Paola Gutierrez Guzman	Cc	52.861.284	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
Yuri Alexandra Garcia Avila	Cc	1.032.378.513	Psicosocial	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 3.062.400	$ 29.583	$ 3.032.817
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
Sara Yulieth Marin 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 Pedagogicos	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 1.969.612	$ 19.026	$ 1.950.586
Blanca Jasbleidy Herrera	Cc	1.023.901.666	Apoyo Pedagogicos	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 1.969.612	$ 19.026	$ 1.950.586
Claudia Patricia Buitrago Caro	Cc	53.093.373	Apoyo Pedagogicos	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 Pedagogicos	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 1.969.612	$ 19.026	$ 1.950.586
Julieth Yesenia Bolivar Alarcon	Cc	1.030.671.785	Apoyo Pedagogicos	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 1.969.612	$ 19.026	$ 1.950.586
Lina Fernanda Angulo Benitez	Cc	1.022.999.801	Apoyo Pedagogicos	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 1.969.612	$ 19.026	$ 1.950.586
Nidia Marcela Mendieta Ramirez	Cc	52.904.447	Apoyo Pedagogicos	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								**$ 85.717.692**	**$ 828.033**	**$ 84.889.659**

PRESUPUESTO	$ 85.718.450
DIFERENCIA	$ 758

Banco de Bogotá

WWW.BANCODEBOGOTA.COM

INFORME ARCHIVO GENERADO

INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

VALOR TOTAL ARCHIVO GENERADO: $74488676.608

FECHA DISPERSION	TIPO ARCHIVO A CARGAR	NOMBRE EMPRESA	TIPO IDENTIFICACION EMPRESA	NUMERO IDENTIFICACION EMPRESA	TIPO PRODUCTO	NUMERO PRODUCTO
05-04-2023	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	$ 3764975.578
BARRAGAN LEON ANA MARIA	CEDULA DE CIUDADANIA	1030572403	AHORROS	191233964	BANCO DE BOGOTA	$ 2274612.91
BECERRA GALLO ANA JAZMIN	CEDULA DE CIUDADANIA	52931661	AHORROS	212220040	BANCO DE BOGOTA	$ 2032158.86
CAMACHO SANCHEZ ANA HERLINDA	CEDULA DE CIUDADANIA	39664915	AHORROS	060374956	BANCO DE BOGOTA	$ 2032158.86
CHAVES RODRÍGUEZ SOONER SUSANA	CEDULA DE CIUDADANIA	52847653	AHORROS	212220032	BANCO DE BOGOTA	$ 2032158.86
GUTIERREZ GUZMAN YEIMY PAOLA	CEDULA DE CIUDADANIA	52861284	AHORROS	174258434	BANCO DE BOGOTA	$ 2274612.91
PEREZ VELASQUEZ LUZ NIDIA	CEDULA DE CIUDADANIA	52463180	AHORROS	025402785	BANCO DE BOGOTA	$ 2274612.91
ROJAS MEDINA NOHORA ROSALBA	CEDULA DE CIUDADANIA	51814455	AHORROS	274265172	BANCO DE BOGOTA	$ 2032158.86
GARCIA AVILA YURI ALEXANDRA	CEDULA DE CIUDADANIA	1032378513	AHORROS	075601401	BANCO DE BOGOTA	$ 3032817.22
ROA WILCHES YANILETH ROCIO	CEDULA DE CIUDADANIA	1023949135	AHORROS	316436682	BANCO DE BOGOTA	$ 2274612.91
MARIN TREJOS SARA YULIETH	CEDULA DE CIUDADANIA	1082889760	AHORROS	274266832	BANCO DE BOGOTA	$ 2274612.91
PLATA NIETO SINDY PAOLA	CEDULA DE CIUDADANIA	52762693	AHORROS	212220339	BANCO DE BOGOTA	$ 3032817.22
ANGULO BENITEZ LINA FERNANDA	CEDULA DE CIUDADANIA	1022999801	AHORROS	060375292	BANCO DE BOGOTA	$ 1950585.55
AYALA URBANO JAIMMY LORENA	CEDULA DE CIUDADANIA	1010222197	AHORROS	143322881	BANCO DE BOGOTA	$ 1950585.55
BUITRAGO CARO CLAUDIA PATRICIA	CEDULA DE CIUDADANIA	53093373	AHORROS	075611343	BANCO DE BOGOTA	$ 1950585.55
HERRERA RAMOS BLANCA JASBLEIDY	CEDULA DE CIUDADANIA	1023901666	AHORROS	135255883	BANCO DE BOGOTA	$ 1950585.55

Banco de Bogotá

ANA QUIROZ
Fecha/Hora Último Ingreso: 2023/04/05 11:16

Transacciones
> Carga de Archivos
> Administrar Archivos

¿Ayuda?

Carga de Archivos

Resultado

El archivo se está enviando. Por favor verifique en la consulta el estado del mismo.

Tipo Archivo	Nómina
Nombre del Archivo	NOMINA KENEDY
No. Total de Registros	33
Fecha de Carga	2023/04/05
Hora Carga	12:23:45
Fecha de Envío	2023/04/05
Hora Envío	12:25:23
Valor Archivo	$74,488,677.81
Estado	Enviando

MENDIETA RAMÍREZ NIDIA MARCELA	CEDULA DE CIUDADANIA	52904447	AHORROS	078459591	BANCO DE BOGOTA	$ 1950585.55
ABRIL ROBAYO YISETH VANNESA	CEDULA DE CIUDADANIA	1024547299	AHORROS	022620272	BANCO DE BOGOTA	$ 2275900.35
EMILCE ROJAS AGUILAR	CEDULA DE CIUDADANIA	52278676	AHORROS	060374899	BANCO DE BOGOTA	$ 3227121.92
GLORIA ESTELA PEREZ JAIMES	CEDULA DE CIUDADANIA	51804205	AHORROS	212220024	BANCO DE BOGOTA	$ 2274612.91
LILIANA PATRICIA PEÑA SALCEDO	CEDULA DE CIUDADANIA	52974510	AHORROS	212085823	BANCO DE BOGOTA	$ 2274612.91
MARTHA ELIZABETH PAEZ ALARCON	CEDULA DE CIUDADANIA	1032359119	AHORROS	274265222	BANCO DE BOGOTA	$ 2274612.91
SHIRLEY PAOLA VANEGAS PRADA	CEDULA DE CIUDADANIA	52769729	AHORROS	060374907	BANCO DE BOGOTA	$ 2274612.91
YANETH BULLA CELY	CEDULA DE CIUDADANIA	52463374	AHORROS	022620660	BANCO DE BOGOTA	$ 2274612.91
DIANA KATHERIN CONDE VALENCIA	CEDULA DE CIUDADANIA	1030661794	AHORROS	035608280	BANCO DE BOGOTA	$ 2274612.91
YULY ALEXANDRA CONTRERAS DOMINGUEZ	CEDULA DE CIUDADANIA	53075707	AHORROS	022552087	BANCO DE BOGOTA	$ 2274612.91
GLORIA STEFANY RODRIGUEZ CARREÑO	CEDULA DE CIUDADANIA	1016074416	AHORROS	165619438	BANCO DE BOGOTA	$ 2274612.91
ANGELA LILIANA CARO PULIDO	CEDULA DE CIUDADANIA	52750469	AHORROS	060375193	BANCO DE BOGOTA	$ 1950585.55
LUZ MARINA DIAZ CORREDOR	CEDULA DE CIUDADANIA	51746897	AHORROS	060375912	BANCO DE BOGOTA	$ 1950585.55
LUZ OMAIRA SALAMANCA GUZMAN	CEDULA DE CIUDADANIA	1024546491	AHORROS	450258918	BANCO DE BOGOTA	$ 1950585.55
MARTHA CECILIA GARZON	CEDULA DE CIUDADANIA	51930289	AHORROS	132163429	BANCO DE BOGOTA	$ 1950585.55
NICOL ALEJANDRA BARRERO VASQUEZ	CEDULA DE CIUDADANIA	1233489641	AHORROS	060375284	BANCO DE BOGOTA	$ 1950585.55
CAMILA ALEXANDRA SUAREZ FLOREZ	CEDULA DE CIUDADANIA	1023893980	AHORROS	036632826	BANCO DE BOGOTA	$ 1950585.55

Banco de Bogotá

WWW.BANCODEBOGOTA.COM

INFORME ARCHIVO GENERADO BENEFICIARIOS

INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

NOMBRE EMPRESA	TIPO IDENTIFICACION EMPRESA	NUMERO IDENTIFICACION EMPRESA	TIPO PRODUCTO	NUMERO PRODUCTO	INDICADOR DE NOVEDAD
ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA	NIT JURIDICO	8301079851	AHORROS	075586354	33

INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS

NOMBRE BENEFICIARIO	TIPO IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION	TIPO PRODUCTO	NUMERO PRODUCTO	CODIGO BANCO	CODIGO SUB-PRODUCTO	TIPO NOVEDAD
GUZMAN FAJARDO YOLIMA	CEDULA DE CIUDADANIA	40443431	AHORROS	542308754	BANCO DE BOGOTA	NOMINA	
BARRAGAN LEON ANA MARIA	CEDULA DE CIUDADANIA	1030572403	AHORROS	191233964	BANCO DE BOGOTA	NOMINA	
BECERRA GALLO ANA JAZMIN	CEDULA DE CIUDADANIA	52931661	AHORROS	212220040	BANCO DE BOGOTA	NOMINA	
CAMACHO SANCHEZ ANA HERLINDA	CEDULA DE CIUDADANIA	39664915	AHORROS	060374956	BANCO DE BOGOTA	NOMINA	
CHAVES RODRÍGUEZ SOONER SUSANA	CEDULA DE CIUDADANIA	52847653	AHORROS	212220032	BANCO DE BOGOTA	NOMINA	
GUTIERREZ GUZMAN YEIMY PAOLA	CEDULA DE CIUDADANIA	52861284	AHORROS	174258434	BANCO DE BOGOTA	NOMINA	
PEREZ VELASQUEZ LUZ NIDIA	CEDULA DE CIUDADANIA	52463180	AHORROS	025402785	BANCO DE BOGOTA	NOMINA	
ROJAS MEDINA NOHORA ROSALBA	CEDULA DE CIUDADANIA	51814455	AHORROS	274265172	BANCO DE BOGOTA	NOMINA	
GARCIA AVILA YURI ALEXANDRA	CEDULA DE CIUDADANIA	1032378513	AHORROS	075601401	BANCO DE BOGOTA	NOMINA	
ROA WILCHES YANILETH ROCIO	CEDULA DE CIUDADANIA	1023949135	AHORROS	316436682	BANCO DE BOGOTA	NOMINA	
MARIN TREJOS SARA YULIETH	CEDULA DE CIUDADANIA	1082889760	AHORROS	274266832	BANCO DE BOGOTA	NOMINA	
PLATA NIETO SINDY PAOLA	CEDULA DE CIUDADANIA	52762693	AHORROS	212220339	BANCO DE BOGOTA	NOMINA	
ANGULO BENITEZ LINA FERNANDA	CEDULA DE CIUDADANIA	1022999801	AHORROS	060375292	BANCO DE BOGOTA	NOMINA	
AYALA URBANO JAIMMY LORENA	CEDULA DE CIUDADANIA	1010222197	AHORROS	143322881	BANCO DE BOGOTA	NOMINA	
BUITRAGO CARO CLAUDIA PATRICIA	CEDULA DE CIUDADANIA	53093373	AHORROS	075611343	BANCO DE BOGOTA	NOMINA	
HERRERA RAMOS BLANCA JASBLEIDY	CEDULA DE CIUDADANIA	1023901666	AHORROS	135255883	BANCO DE BOGOTA	NOMINA	
MENDIETA RAMÍREZ NIDIA MARCELA	CEDULA DE CIUDADANIA	52904447	AHORROS	078459591	BANCO DE BOGOTA	NOMINA	
ABRIL ROBAYO YISETH VANNESA	CEDULA DE CIUDADANIA	1024547299	AHORROS	022620272	BANCO DE BOGOTA	NOMINA	
EMILCE ROJAS AGUILAR	CEDULA DE CIUDADANIA	52278676	AHORROS	060374899	BANCO DE BOGOTA	NOMINA	
GLORIA ESTELA PEREZ JAIMES	CEDULA DE CIUDADANIA	51804205	AHORROS	212220024	BANCO DE BOGOTA	NOMINA	
LILIANA PATRICIA PEÑA SALCEDO	CEDULA DE CIUDADANIA	52974510	AHORROS	212085823	BANCO DE BOGOTA	NOMINA	
MARTHA [illegible]	CEDULA DE [illegible]	1032359119	AHORROS	274265222	BANCO DE [illegible]	NOMINA	

SHIRLEY PAOLA VANEGAS PRADA	CEDULA DE CIUDADANIA	52769729	AHORROS	060374907	BANCO DE BOGOTA	NOMINA	
YANETH BULLA CELY	CEDULA DE CIUDADANIA	52463374	AHORROS	022620660	BANCO DE BOGOTA	NOMINA	
DIANA KATHERIN CONDE VALENCIA	CEDULA DE CIUDADANIA	1030661794	AHORROS	035608280	BANCO DE BOGOTA	NOMINA	
YULY ALEXANDRA CONTRERAS DOMINGUEZ	CEDULA DE CIUDADANIA	53075707	AHORROS	022552087	BANCO DE BOGOTA	NOMINA	
GLORIA STEFANY RODRIGUEZ CARREÑO	CEDULA DE CIUDADANIA	1016074416	AHORROS	165619438	BANCO DE BOGOTA	NOMINA	
ANGELA LILIANA CARO PULIDO	CEDULA DE CIUDADANIA	52750469	AHORROS	060375193	BANCO DE BOGOTA	NOMINA	
LUZ MARINA DIAZ CORREDOR	CEDULA DE CIUDADANIA	51746897	AHORROS	060375912	BANCO DE BOGOTA	NOMINA	
LUZ OMAIRA SALAMANCA GUZMAN	CEDULA DE CIUDADANIA	1024546491	AHORROS	450258918	BANCO DE BOGOTA	NOMINA	
MARTHA CECILIA GARZON	CEDULA DE CIUDADANIA	51930289	AHORROS	132163429	BANCO DE BOGOTA	NOMINA	
NICOL ALEJANDRA BARRERO VASQUEZ	CEDULA DE CIUDADANIA	1233489641	AHORROS	060375284	BANCO DE BOGOTA	NOMINA	
CAMILA ALEXANDRA SUAREZ FLOREZ	CEDULA DE CIUDADANIA	1023893980	AHORROS	036632826	BANCO DE BOGOTA	NOMINA	

Ciudad: Bogotá **Mes: MARZO** **Día: 30** **Año: 2023**

CUENTA DE COBRO No. 03

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A: EMILCE ROJAS AGUILAR

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2023-DIMF KENNEDY

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: Fase De Atención Marzo.

CONCEPTO: Coordinadora – DIMF Kennedy Unidad Periodistas con 300 cupos, numero de 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: ($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:

Angie Elizabeth Marín Guasca
Coordinador
C.C.52.989.879

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: Emilce Rojas Aguilar
C.C. 52.278.676
Correo: emilcerojasts@gmail.com
Dirección: Carrera 73D N°35C-17 sur Teléfono: 321-3231356

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	EMILCE ROJAS AGUILAR
CARGO	COORDINADOR
PERIODO y FECHA	MARZO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
	2	1, Informe Técnico, que de cuenta de la ejecucón de cada uno de los componentes en el primer mes de Atención	1.1 Formato f8 contractual 1.2. Organización Drive x Unidad con los estandares del Contractual y cargar los soportes Existentes. 1.3 Formato f8 Acciones 1.4 Formato Word, Seguimiento y monitoreo Duplas (Maximo 1 hoja), libre construcción	20%	30-03-23	✓		
		2. Velar por mantener el th y tener al día el archivo de los mismos	2.1. Matriz de Talento Humano Actualizada - Con Egresos e ingresos ocurridos en el mes	5%	30-03-23	✓		
		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. Fomato Metas Sociales	10%	30-03-23	✓		
		4. Novedades de Ingresos y egresos Durante el mes de Marzo	4.1 Formato de Novedades de la UDS, _____ Casos, junto con sus soportes	5%	30-03-23	✓		
		5,. Monitorear el cumplimiento Cuentame al 100% Mensual **Nota aclaratoria:** No se puede egresar participantes de febrero sin la toma de talla y peso.	5.1. Cargue de :Participantes Nuevos _____de la UDS delegada 100% 5.2. Cargue del 100%Nutricional, participantes Nuevos _____ 5.3 Actualización de Talento Humano Nuevo 5.5. Cargue de Formación al 100%, (4 formaciones por persona)	5%	30-03-23	✓		
		6. Organizar, Monitorear y acompañar: * Entrega de RFPP * Entrega de Refrigerios	6.1. Formatos RPP - 18 Listados en total_ 3 por profe (Traer los fisicos para verificar _ organizados en una AZ legajados por unidad) 6,2 Formatos de Refrigerio - 72 listados en total _12 por profe (Traer los fisicos para verificar_organizados en una AZ legajados por unidad)	15%	30-03-23	✓		
		7. Liderar , Monitorear y acompañar: * Encuentro Grupales a las Familias * Visitas en el Hogar a las Familias	7,1. Formatos RAM. 18 Listados en total_ 3 por profe (Traer los fisicos para verificar organizados en una AZ legajados por unidad)	15%	30-03-23	✓		
		8. Construcción de la nómina recepcion y verificación de la documentación para formalización.	8.1. Formato de nómina en excell. 8.2. Chek list de nómina por cargo (100% de los soportes relacionados) de la UDS asignada. 8.3. Certificación de cumplimiento. de las 18 Personas del equipo. (Verificación Técnica)	10%	30-03-23	✓		
		9.Monitorear y acompañar el proceso de Inventarios 2023	9.1.Realizar la consolidación de los inventarios en el excell correspondiente, de lo recibido por esperanza y progreso, verificando lo que esta en la sede resaltandolo en un color por sede e incluyendolo en el excel . Para el mes de febrero: 9.2. Inventario de equipos Audiovisuales y Elementos entregados por APC	5%	30-03-23	✓		
		10. Jornada Socialización a los servicios	10.1 Planeacion 10.2 Acta 10.3 Registro fotografico	5%	30-03-23	✓		
		11. Avances SIGE	11. 1 Organización Carpetas fisicas y digitales por unidad 11.2 Incluir los doc de avances de acuerdo a los estandares	5%	30-03-23	✓		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	EMILCE ROJAS AGULIAR
C.C.	52278696 52.278.676

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	ANGIE YARIN GUALA
C.C.	52' 985 479 Bta.

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE

TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52278676	EMILCE ROJAS AGUILAR		KR 72 H 38 BIS 65 SUR	3213231356	EMILCEROJASTS@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**		
ÚNICA	I – 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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	**PERIODO PENSIONES**				**TOTAL A PAGAR**	
2023-02	2023-02	I	10/03/2023	85415808	$378.500	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	163.000	0		0		0	0	0	0	163.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800229808-8	208.600	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										
14-11	ARL SURA	860070524-6	6.900				6.900			6.900			69	6.900	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	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

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52278676	EMILCE ROJAS AGUILAR		KR 72 H 38 BIS 65 SUR	3213231356	EMILCEROJASTS@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – 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	10/03/2023	65415808	$378.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES					CCF		PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Días	Horas	Extranjero	Colombiano en el Exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	SLN	IGE	LMA	VAC-LR	AVP	VCT	IRP	COMENTARIOS	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	52278676	ROJAS AGUILAR EMILCE	59	0				N	X															230301	1.303.450	208.800	0	0	0	0	EPS008	1.303.450	163.000	14-11	1.303.450	1	6.900		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

S

serviciopse@achcolo... 10 mar.

para mí



¡Hola, emilce rojas aguilar

Gracias por utilizar los servicios de BANCO DE BOGOTA y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:

Estado de la Transacción: Aprobada
CUS: 1962967879
Empresa: COMPENSAR-OI
Descripción: MIPlanilla.com Pago Proteccion Social
Valor de la Transacción: $ 378.500
Fecha de Transacción: 10/03/2023

Ten en cuenta estos tips de seguridad

- Digita siempre manualmente la dirección del portal de tu Banco para asegurar que no estas 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.

Ciudad: Bogotá **Mes: Marzo** **Día: 30** **Año: 2023**

CUENTA DE COBRO No. 3

ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A: CARLOS FABIAN RINCON ORTIZ

CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS
No. APC 2023-DIMF KENNEDY–CON 104

NOMBRE: CARLOS FABIAN RINCON ORTIZ
CEDULA: 79.535.141
CUENTA BANCARIA: 044464303 BANCO: BOGOTA **AHORRO _X__ CORRIENTE___**
LA SUMA DE: ($2.296.800) DOS MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS **PESOS M/CTE**
PERIODO: Fase de Atención Marzo

CONCEPTO: Agente Educativo – DIMF Kennedy CTO# 11005322023, Con 50 Cupos, Unidad 4 Periodistas

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:
Firmo _____ 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: ($2.296.800) 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 ROCIO QUIROZ MANRIQUE
Representante legal
C.C.52.359.600

Atentamente,

NOMBRE: CARLOS FABIAN RINCON ORTIZ
C.C.79.535.141
Correo: Carlos.rincongcb@gmail.com
Dirección: Calle 69 sur No.73G-12
Teléfono: 311-5228547

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

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): CARLOS FABIAN RINCON ORTIZ
No. Identificación: CC79535141
Dirección: CALLE 69 SUR NO. 73 G - 12
Telefono: 7796000
Correo: car_eventos@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 66279084

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	CARLOS FABIAN RINCON ORTIZ
Tipo y número de identificación	CC79535141
Número de planilla	66279084
Fecha pago	2023-03-13
Número de autorización pago	1369656
Banco	1083

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	febrero de 2023
Periodo de Cotización Pensión	febrero de 2023
Número de Administradoras	3
Total Pagado	90500
Total Intereses de Mora	600

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	1800	1
230301	Porvenir	49800	1
EPS008	Compensar EPS	38900	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 79535141
APELLIDOS Y NOMBRES: CARLOS FABIAN RINCON ORTIZ

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	230301	309334	309334	309334	0	38700	0	49500	0	1700	0

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

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): CARLOS FABIAN RINCON ORTIZ
No. Identificación: CC79535141
Dirección: CALLE 69 SUR NO. 73 G - 12
Telefono: 7796000
Correo: car_eventos@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 66279084

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	CARLOS FABIAN RINCON ORTIZ
Tipo y número de identificación	CC79535141
Número de planilla	66279084
Fecha pago	2023-03-13
Número de autorización pago	1369656
Banco	1083

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	febrero de 2023
Periodo de Cotización Pensión	febrero de 2023
Número de Administradoras	3
Total Pagado	90500
Total Intereses de Mora	600

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	1800	1
230301	Porvenir	49800	1
EPS008	Compensar EPS	38900	1

66279084

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 79535141
APELLIDOS Y NOMBRES: CARLOS FABIAN RINCON ORTIZ

EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	230301	309334	309334	309334	0	38700	0	49500	0	1700	0

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

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **CARLOS FABIAN RINCON ORTIZ**, identificada con **CC** número **79535141**, aportó por el empleado **CARLOS FABIAN RINCON ORTIZ** identificado(a) con **CC** número **79535141** quien se encuentra registradoa a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para el periodo de pensión de 2023-2 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	INT	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	VTR	CORRECCION	DIAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACION Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NUMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
EPS008	Compensar EPS	59	X													0		8	$309,334	0.12500	$38,700	$0	$0	Febrero - 2023	66279084	13/03/2023	No
230301	Porvenir	59	X													0		8	$309,334	0.16000	$49,500	$0	$0	Febrero - 2023	66279084	13/03/2023	No
14-11	ARL SURA	59	X													0		8	$309,334	0.00522	$1,700	$0	$0	Febrero - 2023	66279084	13/03/2023	No

PAGADA

El presente certificado se expide a los **29** días del mes **March** de **2023**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de información.

icontec ISO 9001 CO-SC5662-16
icontec ISO / IEC 27001 CO-SI006-1

COMPENSAR
NIT 860066942-7
RECAUDO MIPLANILLA
FECHA Y HORA TRANSACCIÓN 2023/03/30 - 07:57 a.r
DOCUMENTO: CC 79535141
NOMBRE USUARIO:
CARLOS FABIAN RINCON ORTIZ
MODULO: KENMAQ02
ID PAGO:31167031

NO PLANILLA: 8366614660
PERIODO DE PAGO: marzo
VALOR PAGADO: $ 336700

TOTAL: $ 336700
EFECTIVO: $ 340000
CAMBIO: $ 3300

COMPENSAR
NIT 860066942-7
RECAUDO MIPLANILLA
FECHA Y HORA TRANSACCIÓN 2023/03/30 - 07:56 a.r
DOCUMENTO: CC 79535141
NOMBRE USUARIO:
CARLOS FABIAN RINCON ORTIZ
MODULO: KENMAQ02
ID PAGO:31166981

NO PLANILLA: 8366649180
PERIODO DE PAGO: febrero
VALOR PAGADO: $ 253200

TOTAL: $ 253200
EFECTIVO: $ 300000
CAMBIO: $ 46800

Ciudad: Bogotá **Mes: marzo** **Día: 30** **Año: 2023**

CUENTA DE COBRO No. 03

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A: GLORIA ESTELA PEREZ JAIMES

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2023-DIMF KENNEDY

NOMBRE: GLORIA ESTELA PEREZ JAIMES
CEDULA: 51.804.205
CUENTA BANCARIA: 212220024 **BANCO:** BOGOTA **AHORRO _X_ CORRIENTE ___**
LA SUMA DE: ($2.296.800) DOS MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS PESOS M/Cte.
PERIODO: Fase De Atención Marzo

CONCEPTO: Agente Educativa Perfil 1– DIMF Kennedy Unidad Periodistas con 50 cupos número de 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: ($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 Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Gloria Estela Perez Jaimes
NOMBRE: Gloria Estela Pérez Jaimes
C.C. 51.804.205
Correo: thaelmag@hotmail.com
Dirección: Calle 47A Bis Sur N° 78C-20
Teléfono: 310-7623636

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	Elena Estela Perez J
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	MARZO

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 mediante encuentros grupales	1.1 Planeación Grupal, minimo de dos encuentros,durante el mes (Formato ICBF) 1.2 Cartilla digital y unicamente las hojas 1, 9 y 10 diligenciadas donde termina el listado de la practica 16	30%	28-03-2023	✓		1.1 OK 1.2 OK
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF	2.1. Planeacion Encuentro en el hogar (1) (cargada al drive correspondiente) 2.2 Cronograma de Visittas, con las respectias Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/0 ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente. 2.3 Cartilla digital y unicamente las hojas 1, 5, 6, 7 y 8 diligenciadas donde termina el listado de practicas (Se realizan en Físico y se escanean para la cartilla)	30%	28-03-2023	✓		2.1 OK 2.2 OK 2.3 OK
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en fisico como en drive (50)	3.1 Seguimiento mediante la **lista de chequeo** de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA _ 3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (50 carpetas)	10%	28-03-2023	✓		3.1 OK 3.2 OK 3.3. OK 3.4 OK
		4. Informar al administrativo del 15 de cada mes sus ingesos y egresos	4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes Marzo 4.2 Soportes de egreso 4.3 Soportes de ingreso	10%	28-03-2023	✓		4.1 OK 4.2 OK 4.3 OK
		5.Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios,Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.	5.1 Formato Ram 5.2 Refrigetios 5.3 Formato RPP 5.4 Fotografias uno a uno de la entrega de RPP - en power Point 5.5 Formato de Bienestarina Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni enmendaduras	10%	28-03-2023	✓		OK
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento	6.1 Formato de novedades 2 por grupo de atencion (si aplica)	10%	28-03-2023	✓		6.1 OK
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	Elena Estela Perez J
C.C.	51 804 203

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Emilce Pages A
C.C.	52298696

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	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
2023-02	2023-02	1546973679	9446662973	I	2023/03/02	2023/03/02	BANCOLOMBIA	0	$330,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES														PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES						
No.	Identificación	Nombre	Ingreso	Ide	tse	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	ime	vac	avp	vct	Ir	Vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	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			$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		$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		$330,600
1	CC	51804205	PEREZ GLORIA																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		$330,600

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	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
2023-02	2023-02	1546973679	9446662973	I	2023/03/02	2023/03/02	BANCOLOMBIA	0	$330,600

RESUMEN DE PAGO

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

PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA

Pago electrónico

pago electrónico de su autoliquidación se ha realizado exitosamente

umen del pago electrónico

Dirección IP:	181.32.184.254
Estado de la transacción:	APROBADA
Clave planilla:	9446662973
Valor:	330,600
Período de pago:	2023-02
No Transacción (CUS):	1946973679
Fecha:	2023/03/02
Banco:	BANCOLOMBIA
Aportes en línea:	9999001472382

Aceptar

Imprimir

Copyright © 2023 Aportes en Línea. Todos los derechos reservados.

aportes en línea

Pagos aportes en línea

Módulo de pagos electrónicos

Pago electrónico

El pago electrónico de su autoliquidación se ha realizado exitosamente

Resumen del pago electrónico



Dirección IP:	181.237.248.11
Estado de la transacción:	APROBADA
Clave planilla:	9449042461
Valor:	6,300
Período de pago:	2023-02
No Transacción (CUS):	1992888276
Fecha:	2023/03/28
Banco:	BANCOLOMBIA
Aportes en línea:	9999001472382

Aceptar

Imprimir

Copyright © 2023 Aportes en Línea. Todos los derechos reservados.

Ciudad: Bogotá **Mes: MARZO** **Día: 30** **Año: 2023**

CUENTA DE COBRO No. 2

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A: LILIANA PATRICIA PEÑA SALCEDO

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2023-DIMF KENNEDY

NOMBRE: LILIANA PATRICIA PEÑA SALCEDO
CEDULA: 52.974.510 de BOGOTÁ
CUENTA BANCARIA: 212085823 **BANCO: BOGOTA AHORRO _X_ CORRIENTE ___**
LA SUMA DE: ($2.296.800) M/Cte. DOS MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS PESOS
PERIODO: Fase De Atención Marzo

CONCEPTO: Agente educativa Perfil 1 – DIMF Kennedy unidad periodistas con 50 cupos NUMERO 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: ($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,

LILIANA PEÑA.

NOMBRE: Liliana patricia Peña Salcedo
C.C. 52.974.510
Correo: lilixtrem10@hotmail.com
Dirección: Carrera 88 # 6 A 90
Teléfono: 320 2428895

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	LILIANA PATRICIA PESA.
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	MARZO

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 mediante encuentros grupales	1.1 Planeación Grupal, minimo de dos encuentros,durante el mes (Formato ICBF) 1.2 Cartilla digital y unicamente las hojas 1, 9 y 10 diligenciadas donde termina el listado de la practica 16	30%	28-03-2023	✓		1.1 OK 1.2 OK.
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF	2.1. Planeacion Encuentro en el hogar (1) (cargada al drive correspondiente) 2.2 Cronograma de Visittas, con las respectias Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/0 ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente. 2.3 Cartilla digital y unicamente las hojas 1, 5, 6, 7 y 8 diligenciadas donde termina el listado de practicas (Se realizan en Físico y se escanean para la cartilla)	30%	28-03-2023	✓		2.1. Ilc 2.2 2.3
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en fisico como en drive (50)	3.1 Seguimiento mediante la **lista de chequeo** de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA _ 3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (50 carpetas)	10%	28-03-2023	✓		3.1 ok. 3.2 3.3 3.4
		4. Informar al administrativo del 15 de cada mes sus ingesos y egresos	4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes Marzo 4.2 Soportes de egreso 4.3 Soportes de ingreso	10%	28-03-2023	✓		4.1 ok. 4.2 ok. 4.3 ok.
		5.Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios,Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.	5.1 Formato Ram 5.2 Refrigetios 5.3 Formato RPP 5.4 Fotografias uno a uno de la entrega de RPP - en power Point 5.5 Formato de Bienestarina Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni enmendaduras	10%	28-03-2023	✓		5.1 ok 5.2 ok. 5.3 [illegible] 5.4 ok 5.5
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento	6.1 Formato de novedades 2 por grupo de atencion (si aplica)	10%	28-03-2023	✓		6.1. ok.
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	LILIANA PATRICIA PESA.
NOMBRE:	LILIANA PATRICIA PESA.
C.C.	52.974.510

FIRMA COORDINADORA	Emilce R
NOMBRE:	Emilce Reyes
C.C.	52986[illegible]

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52974510	LILIANA PATRICIA PEÑA SALCEDO	Cra 88 # 6a - 90	3202428895	lilixtrem10@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1 - Independiente		BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-02	2023-02	I	13/03/2023	65759777	$340.100	

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	145.000	0		0		0	8	1.500	0	146.500	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	185.600	0	0	0	0	8	1.800	0	187.400	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	8	100	6.200			61	6.200	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	146.500
Pensión	1	185.600	187.400
Riesgos Laborales	1	6.100	6.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	336.700	340.100

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52974510	LILIANA PATRICIA PEÑA SALCEDO	Cra 88 # 6a - 90	3202428895	lilixtrem10@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I -- Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-02	2023-02	I	13/03/2023	65759777	$340.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACION COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza exterior	Residente	INC	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	FONDO PENSIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	52974510	PEÑA SALCEDO LILIANA PATRICIA	59	0			N	X																230301	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS005	1.160.000	145.000	14-11	1.160.000	1	6.100		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Banco de Bogotá

Comprobante de compra y pagos virtuales PSE

Pago exitoso

Número de autorización 749202

sábado, 11 de marzo de 2023, 8:47:49 AM

Detalle

$340,100.00
Valor Pagado

IVA incluído:	$0.00
Pago a:	COMPENSAR-OI
Débito desde:	Cuenta de ahorros ******5823
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Fecha y hora inicio transacción	2023-03-11 8:46:33
NIT del comercio	9998600669427
Número de factura	65759777
Código Único de Seguimiento	1964645739
Dirección IP:	186.86.32.236
Referencia 1:	10.0.66.32
Referencia 2:	CC
Referencia 3:	52974510

Powered by CamScanner

Ciudad: Bogotá **Mes: Marzo** **Día: 30** **Año: 2023**

CUENTA DE COBRO No. 02

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A: MARTHA ELIZABETH PÁEZ ALARCÓN

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2023-DIMF KENNEDY

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: Fase De Atencion Marzo

CONCEPTO: AGENTE EDUCATIVA PERFIL 1 – DIMF KENNEDY UNIDAD PERIODISTAS CON 50 CUPOS NUMERO DE 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 30 Mes 03 Año **2023** 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 Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: Martha Elizabeth Páez Alarcón
C.C. 1.032.359.119
Correo: eliza0313@hotmailcom
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

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	MARTHA ELIZABETH PAEZ ALARCÓN
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	MARZO

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 mediante encuentros grupales	1.1 Planeación Grupal, minimo de dos encuentros,durante el mes (Formato ICBF) 1.2 Cartilla digital y unicamente las hojas 1, 9 y 10 diligenciadas donde termina el listado de la practica 16	30%	28-03-2023	1.1 OK 1.2 OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF	2.1. Planeacion Encuentro en el hogar (1) (cargada al drive correspondiente) 2.2 Cronograma de Visittas, con las respectias Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/0 ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente. 2.3 Cartilla digital y unicamente las hojas 1, 5, 6, 7 y 8 diligenciadas donde termina el listado de practicas (Se realizan en Físico y se escanean para la cartilla)	30%	28-03-2023	2.1 OK 2.2 OK 2.3 OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en fisico como en drive (50)	3.1 Seguimiento mediante la **lista de chequeo** de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA _ 3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (50 carpetas)	10%	28-03-2023	3.1 OK 3.2 OK 3.3 OK 3.4 OK		
		4. Informar al administrativo del 15 de cada mes sus ingesos y egresos	4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes Marzo 4.2 Soportes de egreso 4.3 Soportes de ingreso	10%	28-03-2023	4.1 OK 4.2 OK 4.3 OK		
		5.Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios,Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.	5.1 Formato Ram 5.2 Refrigetios 5.3 Formato RPP 5.4 Fotografias uno a uno de la entrega de RPP - en power Point 5.5 Formato de Bienestarina Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni enmendaduras	10%	28-03-2023	5.1 OK 5.2 OK 5.3 OK 5.4 OK 5.5 OK		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento	6.1 Formato de novedades 2 por grupo de atencion (si aplica)	10%	28-03-23	6.1 OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	Martha Elizabeth Paez A
C.C.	1.032.359.119

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Emilce Pole
C.C.	52798C

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1032359119		PAEZ ALARCON MARTHA ELIZABETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 7 A No 2A -35	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2928246	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-02	2023-02	1968886314	9448259678	1	2023/03/06	2023/03/14	BANCO DE BOGOTA	8	$340,100

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)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$6,100		$0	$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$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			$0	$0			$1,160,000	$6,100		$0	$0	
1	CC 1032359119	PAEZ MARTHA	230201	30	$1,160,000	$185,600	EPS017	30	$1,160,000	$145,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,160,000	$6,100	0	$0	$0	
Total	**Afiliados(1)**				$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$6,100		$0	$0	

2023/03/14 10:24 AM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1032359119		PAEZ ALARCON MARTHA ELIZABETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 7 A No 2A -35	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2928246	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-02	2023-02	1968886314	9448255678	I	2023/03/06	2023/03/14	BANCO DE BOGOTA	8	$340,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$185,600	$1,800	$0	$187,400
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$185,600	$1,800	$0	$187,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,100	$100	$0	$6,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$6,100	$100	$0	$6,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,000	$1,500	$0	$146,500
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$145,000	$1,500	$0	$146,500
TOTAL				1	$336,700	$3,400	$0	$340,100

2023/03/14 10:24 AM

Banco de Bogotá

Comprobante de compra y pagos virtuales PSE

Pago exitoso

Número de autorización 326202

martes, 14 de marzo de 2023, 10:23:27 AM

Detalle

$340,100.00
Valor Pagado

IVA incluído:	$0.00
Pago a:	APORTES EN LINEA
Débito desde:	Cuenta de ahorros ******5222
Descripción:	nilla de aportes con clave: 9448255678
Fecha y hora inicio transacción	2023-03-14 10:21:59
NIT del comercio	9999001472382
Número de factura	9448255678
Código Único de Seguimiento	1968886314
Dirección IP:	201.244.254.233
Referencia 1:	201.244.254.233
Referencia 2:	CC
Referencia 3:	1032359119

Ciudad: Bogotá **Mes: Marzo** **Día: 30** **Año: 2023**

CUENTA DE COBRO No. 03

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A: SHIRLEY PAOLA VANEGAS PRADA

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2023-DIMF KENNEDY

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: Fase de Atención Marzo

CONCEPTO: AGENTE EDUCATIVO PERFIL 1 DIMF KENNEDY UNIDAD PERIODISTAS CON 50 CUPOS, NUMERO DE 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: ($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.52.939.600

Shirley Paola Vanegas Prada

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	Paola Vanegas Prada
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	MARZO

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 mediante encuentros grupales	1.1 Planeación Grupal, minimo de dos encuentros,durante el mes (Formato ICBF) 1.2 Cartilla digital y unicamente las hojas 1, 9 y 10 diligenciadas donde termina el listado de la practica 16	30%	28-03-2023	✓		1.1 OK 1.2 OK
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF	2.1. Planeacion Encuentro en el hogar (1) (cargada al drive correspondiente) 2.2 Cronograma de Visittas, con las respectias Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/0 ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente. 2.3 Cartilla digital y unicamente las hojas 1, 5, 6, 7 y 8 diligenciadas donde termina el listado de practicas (Se realizan en Físico y se escanean para la cartilla)	30%	28-03-2023	✓		2.1 OK 2.2 OK 2.3 OK
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en fisico como en drive (50)	3.1 Seguimiento mediante la **lista de chequeo** de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA _ 3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (50 carpetas)	10%	28-03-2023	✓		OK
		4. Informar al administrativo del 15 de cada mes sus ingesos y egresos	4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes Marzo 4.2 Soportes de egreso 4.3 Soportes de ingreso	10%	28-03-2023	✓		OK OK OK
		5.Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios,Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.	5.1 Formato Ram 5.2 Refrigetios 5.3 Formato RPP 5.4 Fotografias uno a uno de la entrega de RPP - en power Point 5.5 Formato de Bienestarina Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni enmendaduras	10%	28-03-2023	✓		OK
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento	6.1 Formato de novedades 2 por grupo de atencion (si aplica)	10%	28-03-2023	✓		OK
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Shirley Prada Vanegas
NOMBRE:	Shirley Prada Vanegas
C.C.	52769729

FIRMA COORDINADORA	Emilce Rojas
NOMBRE:	Emilce Rojas
C.C.	52786[illegible]

30/03

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE

TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52769729	shirley paola vanegas parra	Cll 40 sur # 72d - 50	3118647601	paolavp2008@gmail.com	
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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2023-02	2023-02	I	14/03/2023	65791599	TOTAL A PAGAR	
					$338.900	

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	145.000	0		0		0	5	900	0	145.900	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	185.600	0	0	0	0	5	1.200	0	186.800	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	860903790-5	6.100				6.100	5	100	6.200			61	6.200	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	145.900
Pensión	1	185.600	186.800
Riesgos Laborales	1	6.100	6.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	336.700	338.900

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52769729	shirley paola vanegas parra		Cll 40 sur # 72d - 50	3118647601	paclavp2008@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – 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	14/03/2023	65791599	$338.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colombia	Bolivia	Extranjero	Datos cotizar	Extranjero	IGE	IRET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COLOMBIA	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	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	52769729	vanegas parra shirley paola	59	0			N	X															25-14	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS005	1.160.000	145.000	14-11	1.160.000	1	6.100		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **shirley paola vanegas parra**, identificada con **CC** número **52769729**, aportó por el empleado **shirley paola vanegas parra** identificado(a) con **CC** número **52769729** quien se encuentra registradoa a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para para los periodos de pensión comprendidos entre 2023-2 y 2023-3 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	COTIZACION	DIAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACION Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NUMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
EPS005	Sanitas EPS	59	X															0	30	$1,160,000	0.12500	$145,000	$0	$0	Febrero - 2023	65791599	14/03/2023	No
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	59	X															0	30	$1,160,000	0.16000	$185,600	$0	$0	Febrero - 2023	65791599	14/03/2023	No
14-11	ARL SURA	59	X															0	30	$1,160,000	0.00522	$6,100	$0	$0	Febrero - 2023	65791599	14/03/2023	No

El presente certificado se expide a los **21** días del mes **March** de **2023**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

icontec ISO 9001 CO-SC5842-16
icontec ISO / IEC 27001 CO-SI0068-1



¡Hola, SHIRLEY PAOLA VANEGAS PRADA

Gracias por utilizar los servicios de BANCO DE BOGOTA y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:

Estado de la Transacción: Aprobada
CUS: 1968185779
Empresa: COMPENSAR-OI
Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Valor de la Transacción: $ 338.900
Fecha de Transacción: 13/03/2023

Ten en cuenta estos tips de seguridad

- Digita siempre manualmente la dirección del portal de tu Banco para asegurar que no estas siendo redirigido a un sitio que suplanta a tu Entidad Financiera.

- Utilize dispositivos de uso personal o confiable para realizar tus pagos.

- Procura cambiar tus contraseñas bancarias frecuentemente.

ach

TransaccionesACH @ACH_Informa

Ciudad: Bogotá **Mes: Marzo** **Día: 30** **Año: 2023**

CUENTA DE COBRO No. 03

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A: YANETH BULLA CELY

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2023-DIMF KENNEDY

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: Fase de Atención Marzo

CONCEPTO: AGENTE EDUCATIVO PERFIL 1 – DIMF KENNEDY UNIDAD PERIODISTAS CON 50 CUPOS, NUMERO DE CONTRATO # 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: ($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 Rocio Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

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	MARZO

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 mediante encuentros grupales	1.1 Planeación Grupal, minimo de dos encuentros,durante el mes (Formato ICBF) 1.2 Cartilla digital y unicamente las hojas 1, 9 y 10 diligenciadas donde termina el listado de la practica 16	30%	28-03-2023	1.1 OK 1.2 Pendiente directorio		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF	2.1. Planeacion Encuentro en el hogar (1) (cargada al drive correspondiente) 2.2 Cronograma de Visittas, con las respectias Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/0 ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente. 2.3 Cartilla digital y unicamente las hojas 1, 5, 6, 7 y 8 diligenciadas donde termina el listado de practicas (Se realizan en Físico y se escanean para la cartilla)	30%	28-03-2023	2.1 OK 2.2 OK 2.3 OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en fisico como en drive (50)	3.1 Seguimiento mediante la **lista de chequeo** de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA _ 3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (50 carpetas)	10%	28-03-2023	3.1 OK 3.2 OK 3.3 OK 3.4 OK		
		4. Informar al administrativo del 15 de cada mes sus ingesos y egresos	4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes Marzo 4.2 Soportes de egreso 4.3 Soportes de ingreso	10%	28-03-2023	4.1 OK 4.2 OK 4.3 OK		
		5.Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios,Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.	5.1 Formato Ram 5.2 Refrigetios 5.3 Formato RPP 5.4 Fotografias uno a uno de la entrega de RPP - en power Point 5.5 Formato de Bienestarina Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni enmendaduras	10%	28-03-2023	5.1 pen 5.2 pen 5.3 pen 5.4 OK 5.5 pend		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento	6.1 Formato de novedades 2 por grupo de atencion (si aplica)	10%	28-03-2023	6.1 OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	YANETH Bulla Cely
NOMBRE:	YANETH Bulla Cely
C.C.	52.463.374

FIRMA COORDINADORA	Emilce
NOMBRE:	Emilce Rojas
C.C.	52786?6

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a):	YANETH BULLA CELY
No. Identificación:	CC52463374
Dirección:	CALLE 42 78 P 26 SUR
Telefono:	2991852
Correo:	YANETH.BULLA@HOTMAIL.COM
Ciudad:	BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla:	65791573

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	YANETH BULLA CELY	Número de Empleados	1
Tipo y número de identificación	CC52463374	Periodo de Cotización Salud	febrero de 2023
Número de planilla	65791573	Periodo de Cotización Pensión	febrero de 2023
Fecha pago	2023-03-14	Número de Administradoras	3
Número de autorización pago	1371003	Total Pagado	336700
Banco	1083	Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	6100	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	185600	1
EPS008	Compensar EPS	145000	1

65791573

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 52463374
APELLIDOS Y NOMBRES: YANETH BULLA CELY

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	25-14	1160000	1160000	1160000	0	145000	0	185600	0	6100	0

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

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **YANETH BULLA CELY**, identificada con **CC** número **52463374**, aportó por el empleado **YANETH BULLA CELY** identificado(a) con **CC** número **52463374** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, el periodo de pensión de 02 - 2023 de la siguiente forma.

25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	59	X				0	30	$1,160,000	0.16000	$185,600	$0	$0	Febrero - 2023	65791573	14/03/2023	NO
14-11	ARL SURA	59	X				0	30	$1,160,000	0.00522	$6,100	$0	$0	Febrero - 2023	65791573	14/03/2023	NO
EPS008	Compensar EPS	59	X				0	30	$1,160,000	0.12500	$145,000	$0	$0	Febrero - 2023	65791573	14/03/2023	NO

El presente certificado se expide a los 24 días del mes Marzo de 2023

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): YANETH BULLA CELY
No. Identificación: CC52463374
Dirección: CALLE 42 78 P 26 SUR
Telefono: 2991852
Correo: YANETH.BULLA@HOTMAIL.COM
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 65791573

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	YANETH BULLA CELY
Tipo y número de identificación	CC52463374
Número de planilla	65791573
Fecha pago	2023-03-14
Número de autorización pago	1371003
Banco	1083

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	febrero de 2023
Periodo de Cotización Pensión	febrero de 2023
Número de Administradoras	3
Total Pagado	336700
Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	6100	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	185600	1
EPS008	Compensar EPS	145000	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 52463374
APELLIDOS Y NOMBRES: YANETH BULLA CELY

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	25-14	1160000	1160000	1160000	0	145000	0	185600	0	6100	0

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

COMPENSAR

NIT 860066942-7

RECAUDO MIPLANILLA

FECHA Y HORA TRANSACCIÓN: 2023/03/14 - 07:17 a.r

DOCUMENTO: CC 52463374

NOMBRE USUARIO:

YANETH BULLA CELY

MODULO: KENPAR01

ID PAGO:30849237

NO. PLANILLA: 8365791573

PERIODO DE PAGO: febrero

VALOR PAGADO: $ 336700

TOTAL: $ 336700

EFECTIVO: $ 350000

CAMBIO: $ 13300

Ciudad: BOGOTÁ D.C **Mes: MARZO** **Día: 30** **Año: 2023**

CUENTA DE COBRO No. 03

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A: DIANA KATHERIN CONDE VALENCIA

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2023-DIMF KENNEDY

NOMBRE: DIANA KATHERIN CONDE VALENCIA
CEDULA: 1.030.661.794
CUENTA BANCARIA: 035608280 **BANCO:** BOGOTA **AHORRO** X **CORRIENTE** ___
LA SUMA DE: ($2.296.800) Dos millones doscientos noventa y seis mil ochocientos pesos M/Cte.
PERIODO: Fase de Atención Marzo

CONCEPTO: Profesional Psicosocial perfil 1 – DIMF Kennedy Unidad Periodistas con 150 cupos, número de 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: ($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 Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: Diana Katherin Conde Valencia
C.C. 1.030.661.794
Correo: dianacondev12@gmail.com
Dirección: Carrera 97C N° 42F-22 sur
Teléfono: 321-2978093

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	MARZO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
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 Criterios ingresos mes de marzo 1.3 Acta de proceso o Formato de novedades	2%	28-03-2023	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 gestion con radicado 2.2, Matriz de Gestión interistitucional Marzo 2.3. Cronograma de espacios locales de Gestión (ejem: COLIA)	8%	28-03-2023	2.1 OK 2.2 OK 2.3 OK		
		3. Validación criterios de focalizacion junto con el documento de identidad, de los nuevos ingresos que son_____	3.1 Formato Visita Criterios de Focalización_____ para los casos de ingreso nuevos que aplique 3.2. Subir al drive creado por grupo territorila, los criterios de focalización de los participantes nuevos_____, a los cuales no aplica visita. Se carga la totalidad de Criterios de Focalización de _____ Participantes coresponditentes a los tres grupos de atención delegados.	10%	28-03-2023	3.1 OK 3.2 OK		
		4. Realizacion procesos de caracterización, de las 150 familias delegdas en el territo.	4.1 planeaciones 4.2 Link_ diligenciado por 150 participantes 4.3 registro de 150 participantes, en el formato (f23.mo12.pp_formato_ficha_de_caracterizacion_para_los_servicios_de_atencion_a_la_primera_infancia_v2),	20%	28-03-2023	4.1 OK 4.2 OK 4.3 OK		
		5. Procesos de Formación y cualificación al Talento Humano	5.1 Socialización y cualificación proceso de Caracterización 5.2 Registro Fotográfico 5.3 Planeación de la Jornada 5.4. Acta, Regitro fotografico y Firmas	5%	28-03-2023	5.1 OK 5.2 OK 5.3 OK 5.4 OK		
		6.Realizacion de los 9 talleres con duración de 3 horas frente al proceso de caracterizaciòn,	6.1 planeaciones_Formatos ICBF	20%	28-03-2023	6.1 OK		
		7.Proceso de buzon de sugerencias y control social, (proceso en compañia del comite de control Social).	7.1 Creación del Buzon de susgerencias 7.2. Acta de apertura y sucinto informe de lo arrojado 7.2 Evidencias fotograficas.	2%	28-03-2023	7.1 OK 7.2 OK 7.3 OK		
		8.Seguimiento a poblacion migrante y desplazados.	8.1 base excel poblacion migrante y desplazados, Formatos APC	3%	28-03-2023	8.1 OK		
		9.Activacion de rutas segùn sea el caso	9.1 Formatos de seguimientos,remisiones. 9.2 Matriz de seguimiento a casos., Priorizados y remitidos (Formato APC)	10%	28-03-2023	9.1 OK N/A		
		10.Encuentros en el hogar, .si se presenta el caso para activaciòn de rutas.	10. 1 Cronograma de Visitas - Firma de las familias Visitadas (Formato APC) 10.2 Cartilla encuentro en el hogar que evidencie (planeación, desarrollo y registro fotográfico)	10%	28-03-2023	10.1 N/A		
		11-. Informe de gestión mensual en el formato f8 contractual y	6. Formato de Informe – Enviado por Coordinación Drive	10%		OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	Diana Katherin Conde.
C.C.	1.030.681.794.

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Emilce Rojas
C.C.	52.786.76

31/03

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1030661794		CONDE VALENCIA DIANA KATHERIN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 97 C N. 42F 22 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7777777	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor	
2023-02	2023-02	1965111421	9447948489	I	2023/03/23	2023/03/13	BANCO DE BOGOTA	0	$336,700	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES												PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES					
No.	Identificación	Nombre	Ing	Ret	Tde	Tae	Tdp	Tap	Vsp	Cor	Vst	Sln	Ige	Lma	Vac	Avp	Vct	Irl	Vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,160,000	$145,000			$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	$145,000			$1,160,000	$145,000			$0		$0		$1,160,000		$6,100		$0	$0		$336,700
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$1,160,000	$145,000			$1,160,000	$145,000			$0		$0		$1,160,000		$6,100		$0	$0		$336,700
1	CC	1030661794	CONDE DIANA	X																23020	30	$1,160,000	$145,000	EPS017	30	$1,160,000	$145,000		0	$0		$0	14-11	30	$1,160,000	0.522%	$6,100	0	$0	$0	No	$336,700
Total		Afiliados(1)																				$1,160,000	$145,000			$1,160,000	$145,000			$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 1030661794		CONDE VALENCIA DIANA KATHERIN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 97 C N. 42F 22 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7777777	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor	
2023-02	2023-02	1965111421	9447948489	I	2023/03/23	2023/03/13	BANCO DE BOGOTA	0	$336,700	

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
PROTECCION	230201	800,229,739	0	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
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$145,000	$0	$0	$145,000
TOTAL				1	$336,700	$0	$0	$336,700

PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

2023/03/11 01:40 PM

Banco de Bogotá

Comprobante de compra y pagos virtuales PSE

Pago exitoso

Número de autorización 902202

sábado, 11 de marzo de 2023, 1:39:02 PM

Detalle

$336,700.00
Valor Pagado

IVA incluído:	$0.00
Pago a:	APORTES EN LINEA
Débito desde:	Cuenta de ahorros ******8280
Descripción:	nilla de aportes con clave: 9447948489
Fecha y hora inicio transacción	2023-03-11 1:37:20
NIT del comercio	9999001472382
Número de factura	9447948489
Código Único de Seguimiento	1965111421
Dirección IP:	201.221.172.238
Referencia 1:	192.168.12.180
Referencia 2:	CC
Referencia 3:	1030661794

Ciudad: Bogotá **Mes: Marzo** **Día: 30** **Año: 2023**

CUENTA DE COBRO No. 03

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A: YULY ALEXANDRA CONTRERAS DOMINGUEZ

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2023-DIMF KENNEDY

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: Fase de Atención Marzo

CONCEPTO: Profesional Psicosocial Perfil 1 – DIMF Kennedy Unidad Periodistas cupos 150, Numero de 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: ($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
Coordinadora UDS Periodistas
C.C. 52.278.676

Aprobado por:

Ana Noció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Yuly Contreras D.

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.

CERTIFICACIÓN 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	MARZO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISIÓN	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
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 Criterios ingresos mes de marzo 1.3 Acta de proceso o Formato de novedades	2%	28 MARZO 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 Interistitucional Marzo 2.3. Cronograma de espacios locales de Gestión (ejem: COLIAF)	8%	28-03-2023	2.1 OK 2.2 NO A 2.3 OK		
		3. Validación criterios de focalizacion junto con el documento de identidad de los nuevos ingresos que son 21	3.1 Formato Visita Criterios de Focalización 18 para los casos de ingreso nuevos que aplique 3.2. Subir al drive creado por grupo territorial, los criterios de focalización de los participantes nuevos 3, a los cuales no aplica visita. Se carga la totalidad de Criterios de Focalización de 21 Participantes corespondltentes a los tres grupos de atención delegados.	10%	28-03-2023	3.1 10/ 3.2 3.		
		4. Realizacion procesos de caracterización, de las 150 familias delegadas en el territorio	4.1 planeaciones 4.2 Link diligenciado por 150 participantes 4.3 registro de 150 participantes, en el formato (f23.mo12.pp_formato_ficha_de_caracterizacion_para_los_servicios_de_atencion_a_la_primera_infancia_v2),	20%	28-03-2023	4.1 OK 4.2 OK 4.3 OK		
		5. Procesos de Formación y cualificación al Talento Humano	5.1 Socialización y cualificación proceso de Caracterización 5.2 Registro Fotográfico 5.3 Planeación de la Jornada 5.4. Acta, Registro fotografico y Firmas	5%	28-03-2023	5.1 OK 5.2 OK 5.3 OK 5.4 OK		
		6.Realizacion de los 9 talleres con duraciòn de 3 horas frente al proceso de caracterizaciòn	6.1 planeaciones Formatos ICBF	20%	28-03-2023	OK		
		7.Proceso de buzon de sugerencias y control social, (proceso en compañía del comite de control Social)	7.1 Creación del Buzon de susgerencias 7.2. Acta de apertura y sucinto informe de lo arrojado 7.2 Evidencias fotograficas.	2%	28-03-2023	7.1 OK 7.2 OK 7.2 OK		
		8.Seguimiento a poblacion migrante y desplazados	8.1 base excel poblacion migrante y desplazados, Formatos APC	3%	28-03-2023	8.1 OK		
		9.Activacion de rutas según sea el caso	9.1 Formatos de seguimientos,remisiones. 9.2 Matriz de seguimiento a casos., Priorizados y remitidos (Formato APC)	10%	28-03-2023	9.1 NO A 9.2 N/A		
		10.Encuentros en el hogar, .si se presenta el caso para activaciòn de rutas	10.1 Cronograma de Visitas - Firma de las familias Visitadas (Formato APC) 10.2 Cartilla encuentro en el hogar que evidencie (planeación, desarrollo y registro fotográfico)	10%	28-03-2023	10. NO se realizo		
		11. Informe de gestión mensual en el formato f8 contractual y general de acciones	11.1 Formato de Informe – Enviado por Coordinación Drive	10%	28-03-2023	11. OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Yuly Contreras D.
NOMBRE:	YULY ALEXANDRA CONTRERAS DOMINGUEZ
C.C.	53.075.707

FIRMA COORDINADORA	Emilce R
NOMBRE:	EMILCE ROJAS AGUILAR
C.C.	52.278.676

28/3

aportes en línea

Planilla Resumen

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		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-02	2023-02	18934378	94466441184	1	2023/03/02	2023/03/06	BANCO DE OCCIDENTE		$338,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES														PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS			PARAFISCALES				
No	Identificación	Nombre	Ingre	tde	tde	tdp	tap	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	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			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000		$6,100		$0	$0		$336,700
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																			$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000		$6,100		$0	$0		$336,700
1	CC 53075707	CONTRERAS YULY															25-14	30	$1,160,000	$185,600	EPS005	30	$1,160,000	$145,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,160,000	0.522%	$6,100	0	$0	$0	No	$336,700
Total Afiliados(1)																			$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$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 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		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-02	2023-02	18934378	94466441184	1	2023/03/02	2023/03/06	BANCO DE OCCIDENTE	4	$338,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$185,600	$900	$0	$186,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$185,600	$900	$0	$186,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,100	$100	$0	$6,200
ARLSURA	14-11	890,903,790	5	1	$6,100	$100	$0	$6,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,000	$800	$0	$145,800
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$145,000	$800	$0	$145,800
TOTAL				1	$336,700	$1,800	$0	$338,500

PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

2023/03/13 12:16 PM

EMPRESA: EFECTIVU LTDA.
NIT.830.131.913-1
Calle 96 No. 12-51 Bogota

PAGO DE FACTURAS

1506 PLANILLA AS APORTES EN LINEA

CORRESPONSAL BANCO DE OCCIDENTE

REFERENCIA	9446641184
NUMERO DE APROBACION	934378
Fecha:	04/03/2023 14:53:38
DO:	982113
NUM. TRANSACCION	1087102802
Valor	$338.500,00

CORRESPONSAL BANCARIO PARA BANCO DE OCCIDENTE. LA IMPRESION DE ESTE TIQUETE IMPLICA SU ACEPTACION. VERIFIQUE LA INFORMACION, ESTE ES EL UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO. LINEA NACIONAL: 018000512825. ANTES DE RETIRARSE DEL PUNTO DE ATENCION VERIFIQUE REFERENCIA DE PAGO, CONVENIO, LA FECHA, HORA, TIPO Y MONTO DEL SOPORTE DE PAGO REALIZADO. SI NO ESTA DE ACUERDO CON LA INFORMACION ALLI INCORPORADA O LA MISMA NO CORRESPONDE A LA INFORMACION DEL PAGO REALIZADO, INFORMELE 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 Recaudador: 997580 SAN VICENTE CLLE 53 I SUR

Cajero: LELYVASA

Recibi Conforme: _____

C.C. _____

Ciudad: BOGOTA **Mes:** MARZO **Día:** 30 **Año:** 2023

CUENTA DE COBRO No. 3

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2023-DIMFKENNEDY

NOMBRE: FRANCIA GIGLIOLA BARRERO FLÓREZ
CEDULA: 52.911.613 DE BOGOTA
CUENTA BANCARIA: 275315661 BANCO: BOGOTA AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: ($2.296.800) DOS MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS PESOS M/Cte.
PERIODO: Fase De Atención Marzo

CONCEPTO: Nutricionista - DIMF Kennedy Unidad Periodistas con 150 Cupos.
NÚMERO 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: ($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
C.C. 52.278.676

Aprobado por:

Ana Roció 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.

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52911613		BARRERO FLOREZ FRANCIA GIGLIOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	trnv 72 f 39 g 04 sur tor 2 apt 510	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2566774	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-02	2023-02	1982425423	9447161009	1	2023/03/03	2023/03/22	BANCO DE BOGOTA	19	$368,400

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)					$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	30	$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

2023/03/21 09:38 PM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52911613		BARRERO FLOREZ FRANCIA GIGLIOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	trnv 72 f 39 g 04 sur tor 2 apt 510	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2566774	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-02	2023-02	1982425423	9447161009	1	2023/03/03	2023/03/22	BANCO DE BOGOTA	19	$368,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$185,600	$4,300	$0	$189,900
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$185,600	$4,300	$0	$189,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,100	$200	$0	$6,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$6,100	$200	$0	$6,300
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$23,200	$600	$0	$23,800
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$23,200	$600	$0	$23,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,000	$3,400	$0	$148,400
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$145,000	$3,400	$0	$148,400
TOTAL				1	$359,900	$8,500	$0	$368,400

2023/03/21 09:38 PM

aportes en línea

Pagos aportes en línea

Módulo de pagos electrónicos

Pago electrónico

El pago electrónico de su autoliquidación se ha realizado exitosamente

Resumen del pago electrónico

Dirección IP:	186.154.68.83
Estado de la transacción:	APROBADA
Clave planilla:	9447161009
Valor:	368,400
Período de pago:	2023-02
No Transacción (CUS):	1982425423
Fecha:	2023/03/22
Banco:	BANCO DE BOGOTA
Aportes en línea:	9999001472382

Aceptar

Imprimir

Copyright © 2023 Aportes en Línea. Todos los derechos reservados.

Banco de Bogotá

Comprobante de compra y pagos virtuales PSE

Pago exitoso

Número de autorización 759202

Martes, 21 de marzo de 2023, 9:38:12 p. m.

Detalle

$368.400
Valor Pagado

IVA incluído:	$0
Pago a:	APORTES EN LINEA
Débito desde:	Cuenta de Ahorros *5661
Descripción:	Pago de la Planilla de aportes con clave: 9447161009
Fecha y hora inicio transacción	2023-03-21 21:36:30
NIT del comercio	9999001472382
Número de factura	9447161009
Código Único de Seguimiento	1982425423
Dirección IP:	186.154.68.83
Referencia 1:	186.154.68.83
Referencia 2:	CC
Referencia 3:	52911613

Ciudad: Bogotá **Mes: marzo** **Día: 30** **Año: 2023**

CUENTA DE COBRO No. 01

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A: GLORIA STEFANY RODRIGUEZ CARREÑO

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2023-DIMF KENNEDY

NOMBRE: GLORIA STEFANY RODRIGUEZ CARREÑO
CEDULA: 1.016.074.416
CUENTA BANCARIA: 165619438 **BANCO:** BOGOTA **AHORRO _X_ CORRIENTE ___**
LA SUMA DE: ($2´296.800) DOS MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS PESOS M/Cte.
PERIODO: Fase De Atención Marzo

CONCEPTO: Nutricionista– DIMF Kennedy unidad periodistas con 150 cupos
NUMERO 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 1 Mes 03 Año 2023 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 Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: Gloria Stefany Rodríguez Carreño
C.C. 1.016.074.416
Correo: gstefy05@gmail.com
Dirección: Kra 101 # 25B-11 Blq 7 Apto 301
Telefono:3138962760

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 STEFANY RODRIGUEZ C
CARGO	NUTRICIONISTA
PERIODO y FECHA	MARZO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCIÓN	2	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias como se establece en Cronograma de Capacitación en lactancia Materna (Diseñar y establecer el espacio físico de lactancia materna,donde se invite a las madres a usarlo resltado laimportancia para la madre y el bebe)	1.1 Planeación cargada al drive 1.2 Acta de proceso con listados de asistencias en físico y digital, promocio en la unidad 2.3. Registro fotografico. 3.4 Participar en el concurso interno "Espacios creativos para fortalecer los vinculos de amor"	15%	28-03-2023	1.1 OK 1.2 OK 2.3 OK 3.4 OK		
		2. Cualificación al Talento Humano, según Cronograma de estrategia IEC (Información Educación y Comunicación en SAN) Temas de Marzo: 2.1. Estrategia IEC 2.2. Socialización resultados del tamizaje nutricional 2.3. Para quien les hace falta :Socialización de BPM y plan de saneamiento básico	2.1 Planeación cargada al drive 2.2 Acta de proceso con listados de asistencias en físico y digital. 2.3 Registro Fotografico	10%	28-03-2023	2.1 OK 2.2 OK 2.3 OK		
		3. Tamizaje a partinicpantes nuevos en el mes: son____	3.1. Formato F11 3.2. Formato borrador de tamizaje nutricional (formato APC)	5%	28-03-2023	3.1 OK 3.2 pendien		
		4. Cargar a la plataforma Cuéntame los datos correspondientes a las tomas iniciales, de los _____ ingresos del mes.	4. Descargue del excel , generado en aplicativo CUENTAME, donde se encuentren filtrados los participantes ingresados	5%	28-03-2023	4.pendiente		
		5. Encuentros en el hogar, Priorizar riesgos de desnutrición, mujeres puerperio ,o condiciones de salud especiales. mínimo 9 al mes (niños y niñas) y e 100% de los puerperio	5.1 Cronograma de Visitas - Firma de las familias Visitadas (Formato APC) 5.2 Cartilla encuentro en el hogar que evidencie (planeación, desarrollo y registro fotográfico)	20%	28-03-2023	5.1 OK 5.2 pend		
		6. Seguimiento Nutricional a Casos (Desnutrición y Riesgo de desnutrición aguda)	**Casos Desnutrición:** 6.1. Correo electrónico EAPB 6.2. PQR a la EAPB 6.3. Remisión a la familia (Formato APC) 6.4. Seguimiento Nutricional (Formato APC) **Casos Riesgos de Desnutrición Aguda** 6.5. Matriz de seguimiento a casos 6.6. SEguimiento cartilla encuentros en el hogar	20%	28-03-2023	N/A 6.5 OK 6.6 pend		
		7. Informe nutricional de las 9 UAS delegadas	71. Documento de informe Primera Toma (Formato APC) 7.2. Propuesta de temas a trabajar de cuerdo al diagnostico nutricional, por grupo de atención., e incluirlos en el cronograma de IEC por Grupo de Atención. (Tres cronogramas)	10%	28-03-2023	7.1 pend 7.2 Pend		
		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 8.4. Formato de Verificación de calidad y cantidad	10%	28-03-2023	8.1 OK 8.2 OK 8.3 OK 8.4 OK		
		9. Informe de gestión mensual en el formato f8 cotractual y general de accioes	9. Formato de Informe – Enviado por Coordinación Drive	5%	28-03-2023	pend.		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	GLORIA STEFANY RODRIGUEZ
C.C.	1016074416

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	EMILCE ROJAS A
C.C.	52786976

Banco de Bogotá

Nit.860.002.964.4
Calle 36 N° 7-47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que GLORIA RODRIGUEZ, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 1.016.074.416 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 165619438, abierta/o desde el 7/3/2023.

Se expide en Bogotá el día 10 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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.016.074.416
RODRIGUEZ CARRENO
APELLIDOS
GLORIA STEFANY
NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 11-MAR-1995
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.61 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

12-MAR-2013 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-1500150-00430075-F-1016074416-20130409 0032652988A 1 40087564

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE

TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCION	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1016074416	GLORIA STEFANY RODRIGUEZ CARREÑO		CR 101 25B11 BL 7 AP 301	6612544	gstefy05@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – 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)	NUMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-02	2023-02	I	13/03/2023	66267323	$474,700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Extranjero	Estudiante	Cotizante exonerado	ST	IGE	LMA	VSP	SLN	IRP	VAC	AVP	VCT	IRL	SUS	EDM	EDP	AFP	AFC	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Valor(es) Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cod. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cod. ARL	IBC ARL	Clase	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1016074416	RODRIGUEZ CARREÑO GLORIA STEFANY	59	0		N																						230201	1.495.000	239.200	0	0	0	0	EPS005	1.495.000	186.900	14-23	1.495.000	2	15.700	CCF24	1.495.000	29.900	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCION	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1016074416	GLORIA STEFANY RODRIGUEZ CARREÑO		CR 101 25B11 BL 7 AP 301	6812544	gstefy05@gmail.com	
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – 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)	NUMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2023-02	2023-02	I	13/03/2023	66267323	TOTAL A PAGAR	
					$474.700	

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	188.900	0		0		0	5	1.200	0	188.100	1

TOTALES PENSION												
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	239.200	0	0		0	5	1.500		240.700	1

TOTALES RIESGOS LABORALES														
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	8600[illegible]	15.700				15.700			15.700			157	15.800	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	29.900	5	200	30.100	1

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	188.900	188.100
Pensión	1	239.200	240.700
Riesgos Laborales	1	15.700	15.800
CCF	1	29.900	30.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	471.700	474.700

PAGADA

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

Gmail

Stefany Rodriguez C <gstefy05@gmail.com>

Confirmación Transacción PSE - CUS 1964745759

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co> 11 de marzo de 2023, 9:55
Para: gstefy05@gmail.com



¡Hola, Gloria Stefany Rodriguez Carreño

Gracias por utilizar los servicios de BANCOLOMBIA y PSE.
los siguientes son los datos de tu transacción:

Estado de la Transacción: Aprobada
CUS: 1964745759
Empresa: COMPENSAR-OI
Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Valor de la Transacción: $ 474.700
Fecha de Transacción: 11/03/2023

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.

ach COLOMBIA

TransaccionesACH @ACH_Informa

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14901336744

(415)7707212489984(8020) 000001490133674 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 1 6 0 7 4 4 1 6	7	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	1 0 1 6 0 7 4 4 1 6	2 0 1 3 0 3 1 2

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
RODRIGUEZ	CARREÑO	GLORIA	STEFANY

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 101 25 B 11 BL 7 AP 301

42. Correo electrónico: gstefy05@gmail.com

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

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
4 9																									

53. Código

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros																					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		
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 - 03 - 08 / 01 : 52: 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 RODRIGUEZ CARREÑO GLORIA STEFANY
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

seguros mundial®
tu compañía siempre

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

Código de Seguridad: 9plyPaE1KSLY13XG9n8+tg==

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

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO

ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082

VERSIÓN CLAUSULADO 06-04-2021-1317-P-05-PPSU528000000059-D001

No. PÓLIZA	No. ANEXO	No. CERTIFICADO	No. RIESGO
CCQ-100000229	0	532000318	

TIPO DE DOCUMENTO	FECHA DE EXPEDICIÓN	SUC. EXPEDIDORA
	28/03/2023	CEN ORINOQUIA

VIGENCIA DESDE		VIGENCIA HASTA		DÍAS	VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE		VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA	
00:00 Horas Del	08/03/2023	24:00 Horas Del	31/12/2023		N/A	N/A	N/A	N/A

TOMADOR	RODRIGUEZ CARREÑO, GLORIA STEFANY	No. DOC. IDENTIDAD	1.016.074.416
DIRECCIÓN	CARRERA 101 N 25B-11	TELÉFONO	3138962760
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-DIMFKENNEDY-CON043 , CUYO OBJETO ES

EN SU CALIDAD TRABAJO INDEPENDIENTE SÓLIDA CON EL CONTRATANTE A PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO NUTRICIONISTA EN EL MARCO DEL CONTRATO DE APORTES ESCRITOS CON EL Y ICBF PARA LA ATENCION DEL CDI DIMF

NOMBRE DEL AMPARO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA$	VALOR PRIMA$
CUMPLIMIENTO	00:00 Horas Del 08/03/2023	24:00 Horas Del 31/12/2023	3.567.696,00	10.000,00
CALIDAD DEL SERVICIO	00:00 Horas Del 08/03/2023	24:00 Horas Del 31/12/2023	3.567.696,00	10.000,00
		TOTAL ASEGURADO	$ 7.135.392,00	

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

COMPAÑÍA	TIPO COASEGURO	PÓLIZA LÍDER	CERTIF. LÍDER	% PARTICIPACIÓN

CONVENIO DE PAGO	DIRECTO EFECTIVO, Fecha de Pago: 28/03/2023

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 PRODUCTOSAMIGOS.SEGUROSMUNDIAL.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 ASESOR 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.

Firma Autorizada - Compañía Mundial Seguro S.A.

TOMADOR

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

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 PISA - APF

Ciudad: Bogotá **Mes: marzo** **Día: 30** **Año: 2023**

CUENTA DE COBRO No. 02

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A: ANGELA LILIANA CARO PULIDO

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2023-DIMF KENNEDY

NOMBRE: ANGELA LILIANA CARO PULIDO
CEDULA: 52.750.469
CUENTA BANCARIA: 060375193 **BANCO:** BOGOTA **AHORRO** _X_ **CORRIENTE** ___
LA SUMA DE: ($1.969.612) UN MILLON NOVECIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS DOCE PESOS M/Cte.
PERIODO: FASE DE ATENCION MARZO

CONCEPTO: Apoyo Pedagógico – DIMF Kennedy unidad periodistas con 50 cupos
NUMERO 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:
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:

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,

Angela Caro

NOMBRE: Angela Liliana Caro Pulido
C.C. 52.750.469
Correo: angelkarito3350@gmail.com
Dirección: Carrera 78F N° 0-33
Telefono: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 P.
CARGO	APOYO PEDAGOGICO
PERIODO y FECHA	MARZO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	APOYO PEDAGOGIO : FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION MARZO	2	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales	1.1 Planeación Grupal, mínimo de dos encuentros,durante el mes (Formato ICBF) 1.2 Cartilla digital y unicamente las hojas 1, 9 y 10 diligenciadas donde termina el listado de la practica 16	20%	28-03-2023	1.1 OK 1.2 OK enle ace torio		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF	2.1. Planeacion Encuentro en el hogar (1) (cargada al drive correspondiente) 2.2 Cronograma de Visittas, con las respectias Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/0 ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente. 2.3 Cartilla digital y unicamente las hojas 1, 5, 6, 7 y 8 diligenciadas donde termina el listado de practicas (Se realizan en Físico y se escanean para la cartilla)	20%	28-03-2023	2.1 OK. 2.2 OK. 2.3 OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en fisico como en drive (50)	3.1 Seguimiento mediante la **lista de chequeo** de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA _ 3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (50 carpetas)	20%	28-03-2023	3.1 OK 3.2 OK 3.3 OK 3.4 OK.		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento	6.1 Apoyar en el seguimiento de novedades 2 por grupo de atencion	10%	28-03-2023	6.1 OK		
		7. Formato de ficha de caracteriación de practicas y acciones f7	7.1 3 Apoyar en los Archivosde excel de practicas (1 x UA)	30%	28-03-2023	7.1 OK		
		TOTAL		100%	28-03-2023			

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	Angela Caro
C.C.	52.750.469

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Emilce Poles A
C.C.	52786796

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52750469		CARO PULIDO ANGELA LILIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 78F 0 - 33	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2111111	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-02	2023-02	1000002516	9446457378	I	2023/03/15	2023/03/13	BANCO BOGOTA	0	$336,700

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
PROTECCION	230201	800,229,739	0	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
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$145,000	$0	$0	$145,000
TOTAL				1	$336,700	$0	$0	$336,700

2023/03/13 06:15 AM

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52750469		CARO PULIDO ANGELA LILIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 78F 0 - 33	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2111111	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-02	2023-02	1000002516	9446457378	I	2023/03/15	2023/03/13	BANCO BOGOTA	0	$336,700

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)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$6,100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$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			$0	$0			$1,160,000	$6,100		$0	$0
1	CC 52750469	CARO ANGELA	230201	30	$1,160,000	$185,600	EPS008	30	$1,160,000	$145,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,160,000	$6,100	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$6,100		$0	$0

2023/03/13 06:15 AM

¡Tu pago fue exitoso!

Número de autorización: 007538

Fecha y hora: 11/03/23 - 17:43

Planilla As Aportes En Linea

No. de planilla 9446457378

Valor	$ 336.700 ,00
Costo de la transacción	Gratis

El pago se realizó desde:

Cuenta de Ahorros

No. 060375193

Ciudad: Bogotá **Mes: MARZO** **Día: 30** **Año: 2023**

CUENTA DE COBRO No. 3

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC 2023_DIMF KENNEDY

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: Fase De Atención Marzo.

CONCEPTO: Apoyo pedagógico – DIMF Kennedy unidad periodistas con 50 cupos
NUMERO 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 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:

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,

Luz Marina Diaz Corredor.

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 HELINA DIAZ CORREDOR
CARGO:	APOYO PEDAGOGICO
PERIODO y FECHA	MARZO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	APOYO PEDAGOGIO : FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION MARZO	2	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales	1.1 Planeación Grupal, mínimo de dos encuentros,durante el mes (Formato ICBF) 1.2 Cartilla digital y unicamente las hojas 1, 9 y 10 diligenciadas donde termina el listado de la practica 16	20%	28-03-2023	✓		1.1 OK. 1.2 OK.
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF	2.1. Planeacion Encuentro en el hogar (1) (cargada al drive correspondiente) 2.2 Cronograma de Visittas, con las respectias Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/0 ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente. 2.3 Cartilla digital y unicamente las hojas 1, 5, 6, 7 y 8 diligenciadas donde termina el listado de practicas (Se realizan en Físico y se escanean para la cartilla)	20%	28-03-2023	✓		2.1 = OK. 2.2 : OK. 2.3 : OK.
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en fisico como en drive (50)	3.1 Seguimiento mediante la **lista de chequeo** de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA _ 3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (50 carpetas)	20%	28-03-2023	✓		3.1 : OK 3.2. Ok 3.3 : OK. 3.4. OK.
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento	6.1 Apoyar en el seguimiento de novedades 2 por grupo de atencion	10%	28-03-2023	✓		6.1 OK
		7. Formato de ficha de caracteriación de practicas y acciones f7	7.1 3 Apoyar en los Archivosde excel de practicas (1 x UA)	30%	28-03-2023	✓		7.13 : OK.
		TOTAL		100%	28-03-2023			

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	LUZ HELINA DIAZ CORREDOR
C.C.	51746847 BTA.

FIRMA COORDINADORA	Emilce
NOMBRE:	Emilce Rojas
C.C.	52978618

20/15

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): LUZ MARINA DIAZ CORREDOR
No. Identificación: CC51746897
Dirección: CL 36A 74 15 SUR
Telefono: 2646075
Correo: administracion@grupocmc.co
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8365759729

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	LUZ MARINA DIAZ CORREDOR
Tipo y número de identificación	CC51746897
Número de planilla	8365759729
Fecha pago	2023-03-23
Número de autorización pago	35031810
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	febrero de 2023
Periodo de Cotización Pensión	febrero de 2023
Número de Administradoras	3
Total Pagado	335600
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	4700	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	142300	1
EPS008	Compensar EPS	188600	2

8365759729

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 51746897
APELLIDOS Y NOMBRES: LUZ MARINA DIAZ CORREDOR

I. EPS	Cod. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008		0	0	0	0	0	77400	0	0	0	0
EPS008	25-14	889334	889334	889334	0	111200	0	142300	0	4700	0

1 de C

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

COMPENSAR

N T 860066942-7

RECAUDO MIPLANILLA

FECHA Y HORA TRANSACCIÓN: 2023/03/30 - 08:05 a.r

DOCUMENTO: CC 51746897

NOMBRE USUARIO:

LUZ MARINA DIAZ CORREDOR

MODULO: KENMAQ04

ID PAGO 31167195

:

NO PLANILLA: 8366649265

PERIODO DE PAGO: febrero

VALOR PAGADO: $ 79300

:

.

TOTAL: $ 79300

EFECTIVO: $ 80000

CAMBIO $ 700

compensar | miplanilla.com

Identificación aportante: 51746897

Fecha liquidación: 30/03/2023 8:00:59

Tipo de planilla:

N - Corrección

Número de planilla: 8366649265

Periodo liquidación: Febrero de 2023

Fecha límite de pago (dd/mm/aaaa)	Valor a pagar
23/03/2023*	79300.00

*Pasada esta fecha se generarán intereses de mora

Fechas de pago con intereses

31/03/2023	$ 79.500
03/04/2023	$ 79.700
04/04/2023	$ 79.800
05/04/2023	$ 79.900
10/04/2023	$ 80.400
11/04/2023	$ 80.400

Novedades reportadas

System.Collections.Generic.List`1[

Número de pago en otras entidades

Periodo Pensión - Salud: Febrero de 2023

8366649265

(Corresponde al número de planilla)

Puntos de pago el mismo día de generación de la planilla: Punto 4-72, Punto Red, Punto de Pago, Sedes Compensar (Autopista Sur, Av. Primero de Mayo, Kennedy, Calle 26, Avenida 68, Calle 42 y Suba), Banco de Bogotá, Banca de Occidente, Red de Cajeros ATH Almacenes Grupo Éxito.

Puntos de pago al día siguiente de generación de su planilla: Banco AV Villas y Red Dana.

Si paga la planilla después de la hora de cierre de las operaciones bancarias (3:00 p.m.), en horario adicional, durante los fines de semana o festivos, el pago se verá reflejado el siguiente día hábil.

Información importante: Con el objetivo de evitar inconsistencias le invitamos a confirmar la información reportada en la planilla antes de realizar el pago, recuerde que una vez pagada cualquier corrección deberá solicitarla directamente con su(s) Administradora(s).

Conozca las redes de pago para pago presencial a través de las cuales podrá realizar el pago de su planilla dando clic aquí.

EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT.830.131.993-1
Calle 96 No. 12-55 Bogota

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 9351448831 DV: 563517

Cajero: WGHERNANDE

Cliente beneficiario:
113237 PLANILLAS AVAL Aportes en Linea
Arus Compensar Asopagos Simple Ni Plan

Fecha: 23/03/2023 09:03:50

PS Recaudador:
996489 KENNEDY CALLE 36 SUR

Cantidad cupones: 1

Nombre: naa
Apellido 1: naa
NUM PLANILLA: 8365759729
TIPO DE IDENTIFICACION: CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO IDENTIFICACION: 51746897
PERIODO: 202302
Referencia Valor
8365759729 $335.600.00

Valor recibido: $335.600.00
Forma de pago: EFECTIVO

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Con la solicitud y aceptacion de mi parte, de la prestacion de este servicio, entiendase que manifiesto verbalmente mi autorizacion para el tratamiento de los datos personales que voluntariamente ha entregado a Efectivo Ltda., estos datos pueden ser utilizados unica y exclusivamente para la prestacion del servicio convenido.
Linea de servicio al cliente: (1) 651010
servicioalcliente@efecty.com.co
www.efecty.com.co

(Corresponde al número de identificación)
Periodo Pensión-Salud: Febrero 2023

Número de pago en otras entidades
Periodo Pensión - Salud: Febrero 2023

8365759729
(Corresponde al número de planilla)

Puntos de pago el mismo día de generación de la planilla:
Punto 4-72, Punto Red, Punto de Pago Sudas Compensar (Autopista Sur, Av. Primero de Mayo, Kennedy, Calle 26, Avenida 68, Calle 42 y Subs) Banco de Bogotá Banco de Occidente, Red de Cajeros ATH Almacenes Gnico Exito.
Puntos de pago el día siguiente al de la generación de la planilla:
Banco AV villas y Red Caja.
Si paga la planilla después de la hora de cierre de las operaciones bancarias (5:00 p.m.), en horario adicional, durante los fines de semana o festivos el pago se verá reflejado el siguiente día hábil.
Información importante: Con el objetivo de evitar inconsistencias le invitamos a confirmar la información reportada en la planilla antes de realizar el pago, recuerde que una vez pagada cualquier corrección deberá solicitarla directamente con su(s) Administradora(s).
Conozca las redes de pago para pago presencial a través de las cuales podrá realizar el pago de su planilla dando clic aquí.

Ciudad: Bogotá **Mes:** marzo **Día:** 30 **Año:** 2023

CUENTA DE COBRO No. 02

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A: LUZ OMAIRA SALAMANCA GUZMÁN

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2023- DIMFKENNEDY

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: Fase De Atención Marzo

CONCEPTO: Apoyo Pedagógico – DIMF Kennedy Unidad Periodistas con 50 cupos número de 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 Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Omaira Salamanca G.

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 Salamanca Guzman
CARGO	APOYO PEDAGOGICO
PERIODO y FECHA	MARZO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	APOYO PEDAGOGIO : FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION MARZO	2	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales	1.1 Planeación Grupal, minimo de dos encuentros,durante el mes (Formato ICBF) 1.2 Cartilla digital y unicamente las hojas 1, 9 y 10 diligenciadas donde termina el listado de la practica 16	20%	28-03-2023	✓		1.1 OK 1.2 OK
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF	2.1. Planeacion Encuentro en el hogar (1) (cargada al drive correspondiente) 2.2 Cronograma de Visittas, con las respectias Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/0 ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente. 2.3 Cartilla digital y unicamente las hojas 1, 5, 6, 7 y 8 diligenciadas donde termina el listado de practicas (Se realizan en Físico y se escanean para la cartilla)	20%	28-03-2023	✓		2.1 OK 2.2 OK 2.3 OK
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en fisico como en drive (50)	3.1 Seguimiento mediante la **lista de chequeo** de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA _ 3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (50 carpetas)	20%	28-03-2023	✓		3.1 OK 3.2 OK 3.3 OK 3.4 OK
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento	6.1 Apoyar en el seguimiento de novedades 2 por grupo de atencion	10%	28-03-2023	✓		6.1 OK
		7. Formato de ficha de caracteriación de practicas y acciones f7	7.1 3 Apoyar en los Archivosde excel de practicas (1 x UA)	30%	28-03-2023	✓	7.1 OK	
		TOTAL		100%				

FIRMA CONTRATISTA	Omaira Salamanca Guzman
NOMBRE:	Luz omaira Salamanca Guzman
C.C.	1.024.548.491

FIRMA COORDINADORA	Emilce R
NOMBRE:	Emilce Roles
C.C.	52278676

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1024546491		SALAMANCA GUZMAN LUZ OMAIRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 49 D N 68C-12 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7777777	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-02	2023-02	1973874493	9448331057	1	2023/03/22	2023/03/16	BANCO AV VILLAS	0	$336,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES													PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES					
No	Identificación	Nombre	In	Ret	Tde	Tae	Tdp	Tap	Vsp	Cor	Vst	Sln	Ige	Lma	Vac	Avp	Vct	Irl	Vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	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			$1,160,000	$145,000			$0		$0		$1,160,000		$6,100		$0		$0		$336,700
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0		$0		$1,160,000		$6,100		$0		$0		$336,700
1	CC	1024546491	SALAMANCA LUZ	X																230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS005	30	$1,160,000	$145,000		0	$0		$0	14-11	30	$1,160,000	0.522%	$6,100	0	$0		$0	No	$336,700
Total		Afiliados(1)																				$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$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 1024546491		SALAMANCA GUZMAN LUZ OMAIRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 49 D N 68C-12 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7777777	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-02	2023-02	1973874493	9448331057	1	2023/03/22	2023/03/16	BANCO AV VILLAS	0	$336,700

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
PORVENIR	230301	800,224,808	8	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

PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

2023/03/16 11:55 AM

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1024546491		SALAMANCA GUZMAN LUZ OMAIRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 49 D N 68C-12 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7777777	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-02	2023-02	1973874493	9448331057	I	2023/03/22	2023/03/16	BANCO AV VILLAS	0	$336,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF			RIESGOS				PARAFISCALES					
No.	Identificación	Nombre	Ingreso	Retiro	Tde	Tcon	Tap	Vsp	Cor	Vst	Sln	Ige	Lma	Vac	Avp	Vct	IRL	Vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,600			$0			$0			$1,160,000		$6,100				$336,700
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,600			$0			$0			$1,160,000		$6,100				$336,700
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,600			$0			$0			$1,160,000		$6,100				$336,700
1	CC	1024546491	SALAMANCA LUZ	X															230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS005	30	$1,160,000	$145,600		0	$0			$0	14-11	30	$1,160,000	0.522%	$6,100	0	$0	No	$336,700
Total Afiliados(1)																					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,600			$0			$0			$1,160,000		$6,100				$336,700

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1024546491		SALAMANCA GUZMAN LUZ OMAIRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 49 D N 68C-12 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7777777	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-02	2023-02	1973874493	9448331057	I	2023/03/22	2023/03/16	BANCO AV VILLAS	0	$336,700

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
PORVENIR	230301	800,224,808	8	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

PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

2023/03/16 11:55 AM

Ciudad: Bogotá **Mes: marzo** **Día: 30** **Año: 2023**

CUENTA DE COBRO No. 01

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A: MARTHA CECILIA GARZON

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2023-DIMF KENNEDY

NOMBRE: MARTHA CECILIA GARZON
CEDULA: 51.930. 289
CUENTA BANCARIA: 132163429 **BANCO:** BOGOTA **AHORRO** _X_ **CORRIENTE** ___
LA SUMA DE: ($1´969.612) UN MILLON NOVECIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS DOCE PESOS M/Cte.
PERIODO: FASE ATENCION **MARZO**

CONCEPTO: Apoyo Pedagógico – DIMF Kennedy unidad periodistas con 50 cupos
NUMERO 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 1 Mes 03 Año 2023 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:

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,

Martha C Garzón

NOMBRE: Martha Cecilia Garzón
C.C. 51.930.289
Correo: marisag14@hotmail.con
Dirección: Carrera 78 m # 6_53
Telefono:3105827277
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	Martha C Garcon
CARGO	APOYO PEDAGOGICO
PERIODO y FECHA	MARZO

					APOYO PEDAGOGIO :			
FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION MARZO	2	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales	1.1 Planeación Grupal, minimo de dos encuentros,durante el mes (Formato ICBF) 1.2 Cartilla digital y unicamente las hojas 1, 9 y 10 diligenciadas donde termina el listado de la practica 16	20%	28-03-2023	✓		1 1 OK. 1 2 OK.
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF	2.1. Planeacion Encuentro en el hogar (1) (cargada al drive correspondiente) 2.2 Cronograma de Visitas, con las respectias Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/0 ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente. 2.3 Cartilla digital y unicamente las hojas 1, 5, 6, 7 y 8 diligenciadas donde termina el listado de practicas (Se realizan en Físico y se escanean para la cartilla)	20%	28-03-2023	✓		OK
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en fisico como en drive (50)	3.1 Seguimiento mediante la **lista de chequeo** de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA _ 3.4 Archivo Fisico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (50 carpetas)	20%	28-03-2023	✓		OK OK
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento	6.1 Apoyar en el seguimiento de novedades 2 por grupo de atencion	10%	28-03-2023	✓		OK
		7. Formato de ficha de caracteriación de practicas y acciones f7	7.1 3 Apoyar en los Archivosde excel de practicas (1 x UA)	30%	28-03-2023	✓	OK.	
		TOTAL		100%				

FIRMA CONTRATISTA	Martha C Garcón
NOMBRE:	Martha C Garcon
C.C.	51.930.284

FIRMA COORDINADORA	Emilce
NOMBRE:	Emilce Pages
C.C.	52786TG

Banco de Bogotá

EL BANCO DE BOGOTA

INFORMA:

Que la persona MARTHA CECILIA GARZON identificado(a) con CC 51930289 está vinculado(a) al BANCO DE BOGOTA a través de la CTA AHORROS No. 132163429 desde el 06 de febrero de 2018, 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 01 de marzo de 2023, a solicitud del interesado, con destino a quien interese.

Atentamente,

Olga Yanira Otálora Guerrero

Gerencia de Soluciones para el Cliente

Banco de Bogota

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 51.930.289

GARZON

APELLIDOS

MARTHA CECILIA

NOMBRES



FIRMA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



FECHA DE NACIMIENTO 06-ENE-1966

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

13-MAR-1987 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

A-1500150 0838349-F-0051930289-20160701 0050302358A 1 1553987056

compensar | salud eps

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

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) MARTHA CECILIA GARZON identificado(a) con Cedula Ciudadania 51930289, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20230216	No Registrada

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Paren.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación
MARIA ISABELLA GORDILLO GARZON	HI	1000162391	CC	20230216	No Registrada	Activo

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 28 días del mes de Marzo de 2.023

Observaciones:

Con destino a:
TRAMITE PERSONAL

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 multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PATRICIA MARIA MANOTAS
21496997

CER-AFI

VIGILADO SUPERSALUD
VIGILADO SuperSubsidio

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14905010672

(415)7707212489984(8020) 000001490501067 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
5 1 9 3 0 2 8 9	7	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 1 9 3 0 2 8 9	1 9 8 7 0 3 1 3

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
GARZON		MARTHA	CECILIA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
OMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CR 78 M 6 53

42. Correo electrónico: marisag14@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1: 3 1 0 5 8 2 7 2 7 7

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
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 5 0 1 1 3						

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 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 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 - 28 / 11 : 05: 38

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: Martha Garzon

984. Nombre GARZON MARTHA CECILIA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 28-03-2023 11:10:24AM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

seguros mundial®
tu compañía siempre

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

Digitally signed by COMPANIA MUNDIAL DE SEGUROS S A
Date: 2023.03.22 16:58:38 -05:00

Código de Seguridad: X6/CwboE8NmHpTY1KtP6/g==

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.
DIRECCIÓN GENERAL CALLE 33 N 6B - 24 PISOS 1,2 Y 3 - BOGOTÁ
TELÉFONO: 2855660 FAX 2851220 - WWW.SEGUROSMUNDIAL.COM.CO

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO

EN FAVOR DE ENTIDADES PARTICULARES

VERSIÓN CLAUSULADO 06-04-2021-1317-P-05-PPSU52R000000065-DR01

No. PÓLIZA	No. ANEXO	No. CERTIFICADO	No. RIESGO
COQ-100000209	0	532000280	

TIPO DE DOCUMENTO	FECHA DE EXPEDICIÓN	SUC. EXPEDIDORA
	22/03/2023	CEN ORINOQUIA

VIGENCIA DESDE		VIGENCIA HASTA		DIAS	VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE		VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA	
00:00 Horas Del	02/03/2023	24:00 Horas Del	31/12/2023		N/A	N/A	N/A	N/A

TOMADOR	GARZON MARTHA, CECILIA	No. DOC. IDENTIDAD	51.930.289
DIRECCIÓN	CALLE 95 N 68F 24	TELÉFONO	3105825277
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-DIMFKENNEDY-CON041 , 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 APORTE 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 02/03/2023	24:00 Horas Del 31/12/2023	3.138.248,40	10.000,00
CALIDAD DEL SERVICIO	00:00 Horas Del 02/03/2023	24:00 Horas Del 31/12/2023	3.138.248,40	10.000,00
		TOTAL ASEGURADO	$ 6.276.496,80	

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

DISTRIBUCIÓN COASEGURO				
COMPAÑÍA	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: 22/03/2023

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 PRODUCTOSMUNDIAL.SEGUROSMUNDIAL.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 ARTICULO 1068 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, MODIFICADO POR EL ARTICULO 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 PRODUCIRA 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 EXPEDICION 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, ASI 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

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

AFILIADOS A LA CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA Y ASCA - ACPF

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

Powered by CamScanner

Ciudad: Bogotá **Mes: Marzo** **Día: 30** **Año: 2023**

CUENTA DE COBRO No. 02

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A: MILENA BEJARANO URREGO

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2023-DIMF KENNEDY

NOMBRE: MILENA BEJARANO URREGO
CEDULA: 20.638.307
CUENTA BANCARIA: 060375151 **BANCO:** BOGOTA **AHORRO _X_ CORRIENTE ___**
LA SUMA DE: ($1´969.612) UN MILLON NOVECIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS DOCE PESOS M/Cte.
PERIODO: FASE DE ATENCIÓN MARZO

CONCEPTO: Apoyo pedagógico – DIMF Kennedy unidad periodistas con 50 cupos NUMERO 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: _____ CC: _____ 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:

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: Milena Bejarano Urrego
C.C. 20.638.307
Correo: milebejarano07@gmail.com
Dirección: Carrera 73C N° 39A sur -05
Teléfono: 320-2556773

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.

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad / Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 20638307		BEJARANO URREGO MILENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 3 numero6-27	GACHETA-CUNDINAMARCA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-02	2023-02	1000002453	9446520859	I	2023/03/02	2023/03/13	BANCO BOGOTA	11	$355,300

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
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$689,455	$13,800			$1,160,000	$6,100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$689,455	$13,800			$1,160,000	$6,100		$0	$0
Ciudad: GACHETA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)						$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$689,455	$13,800			$1,160,000	$6,100		$0	$0
1	CC	20638307	BEJARANO MILENA	230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS017	30	$1,160,000	$145,000	CCF22	30	$689,455	$13,800	14-11	30	$1,160,000	$6,100	30	$0	$0
Total Afiliados(1)						$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$689,455	$13,800			$1,160,000	$6,100		$0	$0

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad/Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 20638307		BEJARANO URREGO MILENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 3 numero6-27	GACHETA-CUNDINAMARCA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-02	2023-02	1000002453	9446520859	I	2023/03/02	2023/03/13	BANCO BOGOTA	11	$355,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$185,600	$2,500	$0	$188,100
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$185,600	$2,500	$0	$188,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,100	$100	$0	$6,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$6,100	$100	$0	$6,200
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$13,800	$200	$0	$14,000
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	$13,800	$200	$0	$14,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,000	$2,000	$0	$147,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$145,000	$2,000	$0	$147,000
TOTAL				1	$350,500	$4,800	$0	$355,300



+57 320 2556773 ~Mile

hoy a la(s) 7:27 a. m.

4:19 PM

Pago exitoso

Comprobante No. 003564

11 mar 2023 - 4:19 PM

$ 355.300,00

Valor del pago

Destino:	**Pago Pila** Planilla As Aportes en Linea No. 9446520859
Costo de la transacción:	$ 0
Cuenta de origen:	Cuenta de Ahorros LibreAhorro No. ****5151
Estado:	Exitoso

Enviar por e-mail

Ciudad: Bogotá **Mes: Marzo** **Día: 30** **Año: 2023**

CUENTA DE COBRO No. 02

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A: NICOL ALEJANDRA BARRERO VASQUEZ

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2023-DIMF KENNEDY

NOMBRE: NICOL ALEJANDRA BARRERO VASQUEZ
CEDULA: 1.233.489.641
CUENTA BANCARIA: 060375284 **BANCO:** BOGOTA **AHORRO _X_ CORRIENTE ___**
LA SUMA DE: ($1´969.612) UN MILLON NOVECIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS DOCE PESOS M/Cte.
PERIODO: Fase De Atencion Marzo

CONCEPTO: Apoyo Pedagógico – DIMF KENNEDY UNIDAD DE ATENCIÓN PERIODISTAS CON 50 CUPOS NUMERO DE 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, 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 Rocio Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Nicol Alejandra Barrero Vasquez
NOMBRE: Nicol Alejandra Barrero Vásquez
C.C. 1.233.489.641
Correo: barrerovasqueznicolalejandra@gmail.com
Dirección: Calle 2 N° 89D-37
Teléfono: 313-5381440

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	Nicol Alejandra Barrero Vasquez
CARGO	APOYO PEDAGOGICO
PERIODO y FECHA	MARZO

					APOYO PEDAGOGIO :			
FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION MARZO	2	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales	1.1 Planeación Grupal, minimo de dos encuentros,durante el mes (Formato ICBF) 1.2 Cartilla digital y unicamente las hojas 1, 9 y 10 diligenciadas donde termina el listado de la practica 16	20%	28-03-2023	1.1 OK 1.2 OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF	2.1. Planeacion Encuentro en el hogar (1) (cargada al drive correspondiente) 2.2 Cronograma de Visitas, con las respectias Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/0 ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente. 2.3 Cartilla digital y unicamente las hojas 1, 5, 6, 7 y 8 diligenciadas donde termina el listado de practicas (Se realizan en Físico y se escanean para la cartilla)	20%	28-03-2023	2.1 OK 2.2 OK 2.3 OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en fisico como en drive (50)	3.1 Seguimiento mediante la **lista de chequeo** de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA _ 3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (50 carpetas)	20%	28-03-2023	3.1 OK 3.2 OK 3.3 OK 3.4 OK		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento	6.1 Apoyar en el seguimiento de novedades 2 por grupo de atencion	10%	28-03-2023	6.1 OK		
		7. Formato de ficha de caracteriación de practicas y acciones f7	7.1 3 Apoyar en los Archivosde excel de practicas (1 x UA)	30%	28-03-2023	7.1 OK		
		TOTAL		100%	28-03-2023			

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	Nicol Alexandra Barrero Vasquez
C.C.	1233489641

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Emile Ruiz
C.C.	52278676

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1233489641		BARRERO VASQUEZ NICOL ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 37sur#93 15	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-02	2023-02	20523632	9447689979	1	2023/03/09	2023/03/10	BANCO DE OCCIDENTE	1	$337,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No	Identificacion	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$6,100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$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			$0	$0			$1,160,000	$6,100		$0	$0
1	CC 1233489641	BARRERO NICOL	230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS008	30	$1,160,000	$145,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,160,000	$6,100	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$6,100		$0	$0

2023/03/10 04:23 PM

Powered by CamScanner

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1233489641		BARRERO VASQUEZ NICOL ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 37sur#93 15	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-02	2023-02	20523632	9447689979	1	2023/03/09	2023/03/10	BANCO DE OCCIDENTE	1	$337,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$185,600	$300	$0	$185,900
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$185,600	$300	$0	$185,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,100	$100	$0	$6,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$6,100	$100	$0	$6,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,000	$200	$0	$145,200
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$145,000	$200	$0	$145,200
TOTAL				1	$336,700	$600	$0	$337,300

2023/03/10 04:23 PM

Powered by CamScanner

EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT.830.131.993-1
Calle 96 No. 12-55 Bogota

PAGO DE FACTURAS

1506 PLANILLA AS APORTES EN LINEA

CORRESPONSAL BANCO DE OCCIDENTE

REFERENCIA.	9447689979
NUMERO DE APROBACION	523632
Fecha:	10/03/2023 12:05:50
DV:	214509
NUM. TRANSACCION	1087593102
Valor	$337,300.00

CORRESPONSAL BANCARIO PARA BANCO DE OCCIDENTE. LA IMPRESION DE ESTE TIQUETE IMPLICA SU ACEPTACION. VERIFIQUE LA INFORMACION, ESTE ES EL UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO. LINEA NACIONAL: 018000512825. ANTES DE RETIRARSE DEL PUNTO DE ATENCION VERIFIQUE REFERENCIA DE PAGO, CONVENIO, LA FECHA, HORA, TIPO Y MONTO DEL SOPORTE DE PAGO REALIZADO. SI NO ESTA DE ACUERDO CON LA INFORMACION ALLI INCORPORADA O LA MISMA NO CORRESPONDE A LA INFORMACION DEL PAGO REALIZADO, INFORMELE 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 Recaudador: 912233 CALANDAIMA II

Cajero: ANYECASA

Recibi Conforme:_____

C.C._____

Ciudad: Bogotá **Mes: Marzo** **Día: 30** **Año: 2023**

CUENTA DE COBRO No. 3

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A: CAMILA ALEXANDRA SUAREZ FLOREZ

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2023-DIMFKENNEDY

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: Fase De Atención Marzo

CONCEPTO: Auxiliar Administrativo – DIMF Kennedy Unidad Periodistas con 300 cupos, numero de 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 Rocío 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 49 A Sur # 5 M – 11
Teléfono: 3103493849
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	CAMILA ALEXANDRA SUAREZ FLOREZ
CARGO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO
PERIODO y FECHA	MARZO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION		1. Apoyar la organización documental del Talento Humano.	1.1. Actualización Drive de las Hojas de vida, con las novedades del mes 1.2. Matriz de Talento Humano Actualizada 1.3. Verificación de Polizas, Talento Humano Nuevo. 1.4. Verificación de afiliación de Seguridad Social, Talento Humano Nuevo	5%	28-03-2023	1.1 Folio Rotto 6 1.2 OK 1.3 OK 1.4 OK		
		2. Manejo, registro e informe de plataforma CUENTAME	2.1. Cargue de :Participantes Nuevos 39 de la UDS delegada 2.2 Cargue de Talento Humano Nuevo 2 de la UDS delegada. 2.2. Cargue de las formaciones de los participantes, 100% participantes	20%	28-03-2023	2.1 OK 2.2 OK 2.3 OK		
		3. Sistematización de la informacion relacionada con los participantes.	3.1. Directorio de los participantes actualizado de la UDS delegada, Mes de MArzo 3.2. Actualización de formatos RAM, Refrigerios, Bienestarina y entregada de RPP	10%	28-03-2023	3.1 OK 3.2 OK		
		4. Organizar el archivo fisico y garantizar la Seguridad de la Información de los participantes	4.1. Archivo fisico de la UDS delegada. 4.2. Carpetas de los participantes vínculados a la UDS.	10%	28-03-2023	4.1 OK 4.2 OK		
		5. Construcción de la nómina recepcion 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%	28-03-2023	5.1 OK 5.2 OK		
		6. Organización de formatos y material requerido para la operación del programa.	6.1. SEguimiento, 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, (Matriales y Dotación)	10%	28-03-2023	6.1 OK 6.2 OK 6.3 OK 6.4 OK		
		7. Solicitud de Refrigerios, Semanal	7.1. Consolidado en el mes	10%	28-03-2023	OK		
		8. Organización de formatos requeridos para la solicitud de AAVN	8.1 Kardex de entrada y salida de alimentos AAVN	5%	28-03-2023	OK		
		9. Custodia y control de los equipos de computo e impresión.	9.1.Relación de fotocopiado e impresiones	5%	28-03-2023	OK		
		9.Inventarios 2023	91.Realizar la consolidación y actualización de los inventarios en el excell correspondiente. 9.2. Inventario de equipos Audiovisuales. 9.3. Inventario ICBF 9. 4 Inventario APC	5%	28-03-2023	9.1 OK 9.2 OK 9.3 OK 9.4 OK		
		10. Organización y relación de servicios públicos.	10.1 Formato de relación servicios públicos. 10. 2 Organización AZ con los servicios correspondientes a la UDS.	5%	28-03-2023	JOJ OK 10.2 OK		
		11. Relacionar caja menor	11.1 Realizar y consolidar reintegro de caja menor.	5%	28-03-2023	OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	CAMILA ALEXANDRA SUAREZ FLOREZ
C.C.	1.023,893,980

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	EMILCE ROJAS AGUILAR
C.C.	52.278.676

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE

TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCION	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1023893950	CAMILA ALEXANDRA SUAREZ FLOREZ		diagonal 48 A Sur # 5 M 11	0000000	camisf8@gmail.com	
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA

PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NUMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-02	2023-02	I	13/03/2023	65840885	$336,700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	145.000	0		0		0	0	0	0	145.000	1

TOTALES PENSION

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP Solidaridad	Aporte FSP Subsistencia	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	185.600	0	0		0	0	0		185.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Dias 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	800037800-8	6.100				6.100		0	6.100			61	6.100	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Dias 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

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCION	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1023893980	CAMILA ALEXANDRA SUAREZ FLOREZ	diagonal 48 A Sur # 5 M 11	0000000	camisf8@gmail.com	
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

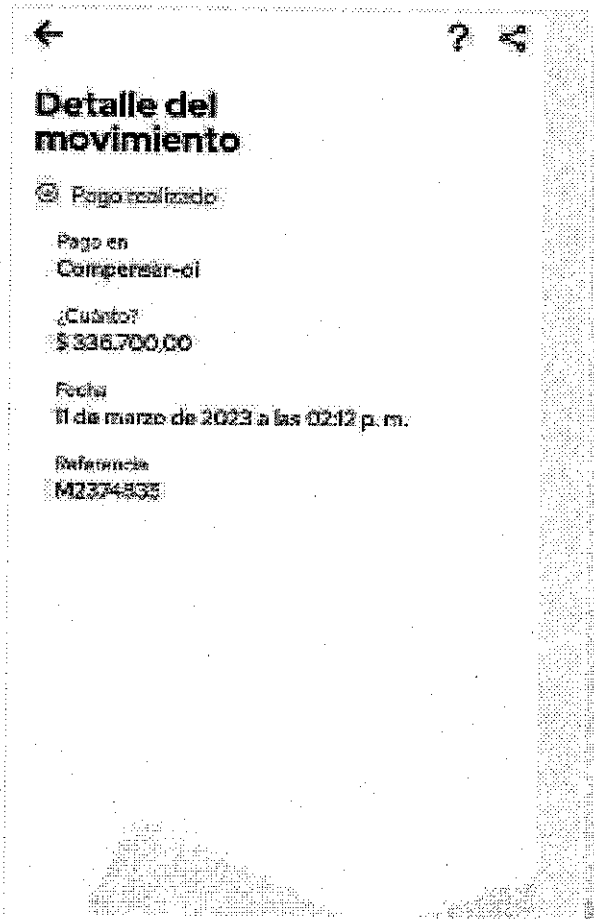
DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/ANO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/ANO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-02	2023-02	I	13/03/2023	65840665	$336.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACION COTIZANTE								INFORMACION NOVEDADES														PENSION							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF		PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Dep.	Int.	Ext.	Tarifa	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	Cod. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cod. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cod. ARL	IBC ARL	Clase Aport.	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1023893980	SUAREZ FLOREZ CAMILA ALEXANDRA	59	0			N														230301	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS005	1.160.000	145.000	14-11	1.160.000	1	6.100		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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



Detalle del movimiento

Pago realizado

Pago en
Compensar-ol

¿Cuánto?
$ 336.700,00

Fecha
11 de marzo de 2023 a las 02:12 p. m.

Referencia
M2334933



NEQUI 11 mar
para mí

¡Genial!

Hiciste tu pago en COMPENSAR-OL por 336700 y todo salió bien.

Si no fuiste tú, fue un error o tienes dudas, escríbenos a escribe@nequi.com.co o llámanos al 2005000100. Estamos por aquí todos los días de 8 a.m. a 10 p.m.

Recuerda seguirnos en Facebook e Instagram, siempre tenemos cosas nuevas.

¡Hasta pronto!

¿Necesitas ayuda?

Ciudad: Bogotá D,C **Mes: Marzo** **Día: 30** **Año:2023**

CUENTA DE COBRO No. 3

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A: YOLIMA GUZMAN FAJARDO

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2023-DIMFKENNEDY-CON001

NOMBRE: YOLIMA GUZMAN FAJARDO
CEDULA: 40.443.431
CUENTA BANCARIA: 542308754 **BANCO: BOGOTA AHORRO _X_ CORRIENTE ___**
LA SUMA DE:($3.801.700) Tres millones ochocientos un mil setecientos pesos M/Cte.
PERIODO: Fase Atención Marzo.

CONCEPTO: COORDINADOR DIMF KENNEDY CON 350 CUPOS, NUMERO DE CTO #1005322023

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: ($3.801.700) 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 Floció 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
CORREO: yoliguzmanfaja35@outlook.es
TELEFONO: 3212323807

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 # 11005322023

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	Yolima Guzman
CARGO	COORDINADOR
PERIODO y FECHA	MARZO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	2	1, Informe Técnico, que de cuenta de la ejecucón de cada uno de los componentes en el primer mes de Atención	1.1 Formato f8 contractual 1.3. Organización Drive x Unidad con los estandares del Contractual y cargar los soportes Existentes. 1.4 Formato f8 Acciones 1.5 Formato Word, Seguimiento y monitoreo Duplas (Maximo 1 hoja), libre construcción	20%	4/ Abril	✓		OK
		2. Velar por mantener el th y tener el dia el archivo de los mismos	2.1. Matriz de Talento Humano Actualizada - Con Egresos e ingresos ocurridos en el mes	5%	4/ Abril	✓		2.1 OK
		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. Fomato Metas Sociales	10%	4/ Abril	✓		OK
		4. Novedades de Ingresos y egresos Durante el mes de Marzo	4.1 Formato de Novedades de la UDS, 22 Casos, junto con sus soportes	5%	4/ Abril	✓		4.1 OK
		5,. Monitorear el cumplimiento Cuentame al 100% Mensual **Nota aclaratoria:** No se puede egresar participantes de febrero sin la toma de talla y peso.	5.1. Cargue de :Participantes Nuevos 22 de la UDS delegada 100% 5.2. Cargue del 100%Nutricional, participantes Nuevos _____ 5.3 Actualización de Talento Humano Nuevo 5.5. Cargue de Formación al 100%, (4 formaciones por persona)	5%	4/ Abril	✓		5.1. OK 5.2. OK 5.3 OK
		6. Organizar, Monitorear y acompañar: * Entrega de RFPP * Entrega de Refrigerios	6.1. Formatos RPP - 18 Listados en total_ 3 por profe (Traer los fisicos para verificar _ organizados en una AZ legajados por unidad) 6,2 Formatos de Refrigerio - 72 listados en total _12 por profe (Traer los fisicos para verificar_organizados en una AZ legajados por unidad)	15%	4/ Abril	✓		6.1. OK 6.2. OK
		7. Liderar , Monitorear y acompañar: * Encuentro Grupales a las Familias * Visitas en el Hogar a las Familias	7,1. Formatos RAM. 18 Listados en total_ 3 por profe (Traer los fisicos para verificar organizados en una AZ legajados por unidad)	15%	4/ Abril	✓		7.1. OK
		8. Construcción de la nómina recepcion y verificación de la documentación para formalización.	8.1. Formato de nómina en excell. 8.2. Chek list de nómina por cargo (100% de los soportes relacionados) de la UDS asignada. 8.3. Certificación de cumplimiento. de las 18 Personas del equipo. (Verificación Técnica)	10%	4/ Abril	✓		8.1. OK 8.2 OK 8.3 OK
		9.Monitorear y acompañar el proceso de Inventarios 2023	9.1.Realizar la consolidación de los inventarios en el excell correspondiente, de lo recibido por esperanza y progreso, verificando lo que esta en la sede resaltandolo en un color por sede e incluyendolo en el excel . Para el mes de febrero: 9.2. Inventario de equipos Audiovisuales y Elementos entregados por APC	5%	4/ Abril	✓		OK
		10. Jornada Socialización a los servicios	10.1 Planeacion 10.2 Acta 10.3 Registro fotografico	5%	4/ Abril	✓		10.1 OK 10.3 OK 10.2 OK
		11. Avances SIGE	11. 1 Organización Carpetas fisicas y digitales por unidad 11.2 Incluir los doc de avances de acuerdo a los estandares	5%	4/ Abril	✓		OK
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	Yolima Guzman
C.C.	40.443.431

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	ANGIE VIVIAN [illegible]
C.C.	52' 989879 [illegible]

Cumplimiento Pero Pendiente

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	40443431	YOLIMA GUZMAN FAJARDO		transversal 69g# 36-43 sur	5332310	yolguzmanfaja35@outlook.es	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-02	2023-02	I	01/03/2023	65430450	$378.500	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	163.000	0		0		0	0	0	0	163.000	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	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										
14-4	Vida Colpatria S.A.	860002183-9	6.900				6.900	0	0	6.900			69	6.900	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	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

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

Número de planilla 65430450

Identificación del aportante	40443431
Tipo de planilla	I - Planilla de Independientes
Periodo de liquidación	Febrero 2023
Fecha límite de pago	06/03/2023
Valor planilla	$578.700
Nº	10.056.31
Fecha y hora de la transacción	01/03/2023
CUS (Código único de transacción)	10450369[illegible]9
Estado de la transacción	Transacción aprobada

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	40443431	YOLIMA GUZMAN FAJARDO	transversal 68g# 38-43 sur	5332310	yolguzmanfaja35@outlook.es	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
65430450	01/03/2023				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. Afiliados
					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 - Proteccion)	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 Colpatria 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	Valor 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

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

Transacción exitosa

Apreciado cli[illegible]te. Pago sujeto a aprobación. Para concluir por favor seleccione la opción "Regresar al comercio" la transacción. Si tiene algún inconveniente, comuníquese con la entidad con la que liquidó su planilla o con el co realizando la compra o pago.

FECHA Y HORA
6 marzo 2023 6:49 pm

DIRECCIÓN IP: 186.

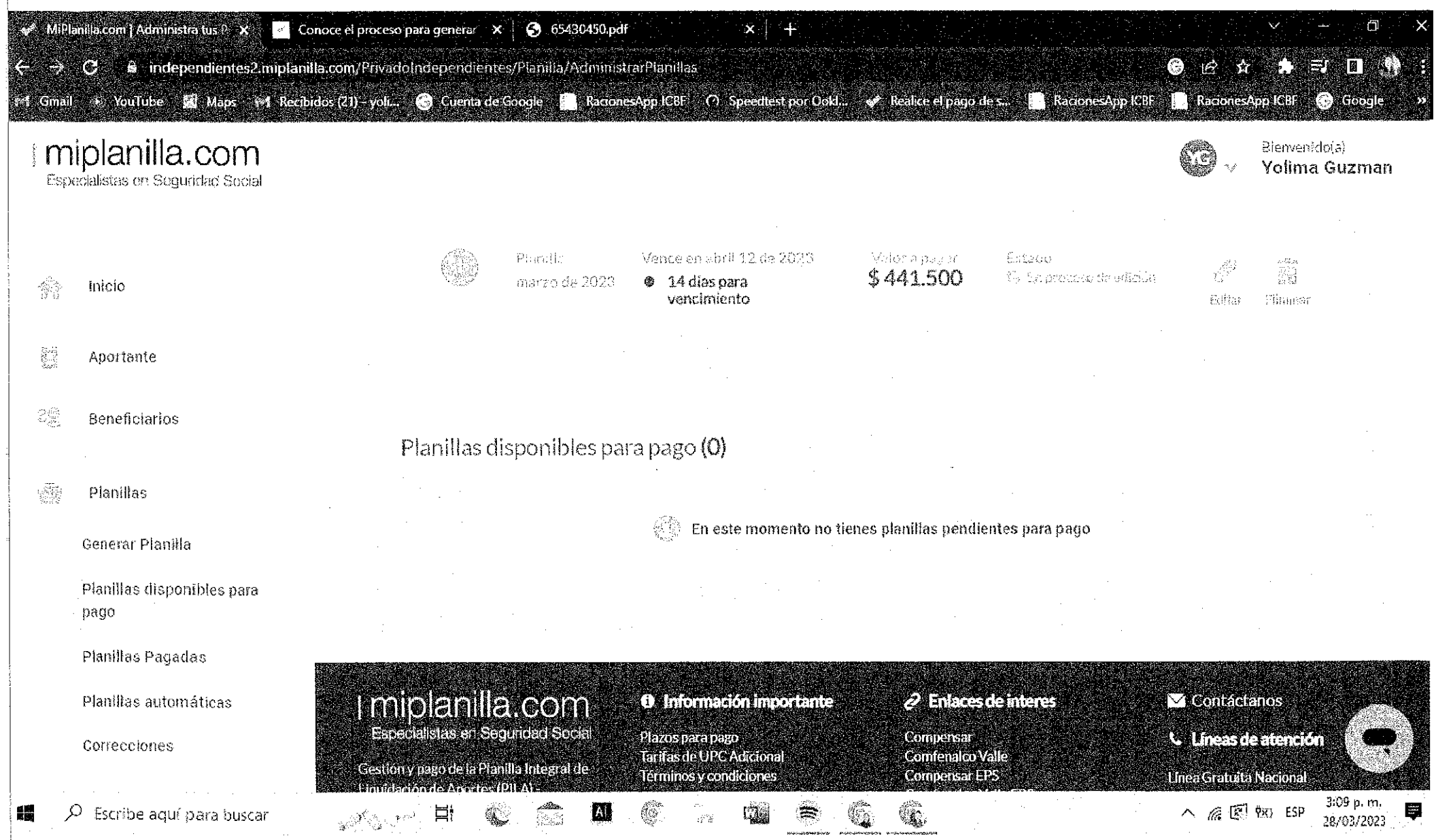
NÚMERO DE TRANSACCIÓN
APR3065827908580965

NUMERO DE CONFI
6955CYTG

NOMBRE DEL COMERCIO	COMPENSAR-OI
NIT DEL COMERCIO	9[illegible]0650427
CÓDIGO DEL SERVICIO	90030
VALOR DE LA TRANSACCIÓN	$53.000,00
VALOR DEL IMPUESTO	$0,00
REFERENCIA DE PAGO	561[illegible]0
FECHA DE LA SOLICITUD	6 marzo 2023
REFERENCIA 1	186.[illegible]5.135.87
REFERENCIA 2	CC
REFERENCIA 3	4064534121
CÓDIGO DE LA TRANSACCIÓN (CUS)	1[illegible]0504
CICLO DE LA TRANSACCIÓN	1
DESCRIPCIÓN DEL PAGO	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
CUENTA ORIGEN	Ahorros pago [illegible]GUZMAN FAJAI

Regresar al Comercio

Descargar Recibo


MiPlanilla.com | Administra tus P
Conoce el proceso para generar
65430450.pdf
independientes2.miplanilla.com/PrivadoIndependientes/Planilla/AdministrarPlanillas
Gmail
YouTube
Maps
Recibidos (21) - yoli...
Cuenta de Google
RacionesApp ICBF
Speedtest por Ookl...
Realice el pago de s...
RacionesApp ICBF
RacionesApp ICBF
Google
miplanilla.com
Especialistas en Seguridad Social
Bienvenido(a)
Yolima Guzman
Inicio
Aportante
Beneficiarios
Planillas
Generar Planilla
Planillas disponibles para pago
Planillas Pagadas
Planillas automáticas
Correcciones
Planilla:
marzo de 2023
Vence en abril 12 de 2023
14 días para vencimiento
Valor a pagar
$ 441.500
Estado
En proceso de edición
Editar
Eliminar
Planillas disponibles para pago (0)
En este momento no tienes planillas pendientes para pago
miplanilla.com
Especialistas en Seguridad Social
Gestión y pago de la Planilla Integral de Liquidación de Aportes (PILA)
Información importante
Plazos para pago
Tarifas de UPC Adicional
Términos y condiciones
Enlaces de interes
Compensar
Comfenalco Valle
Compensar EPS
Contáctanos
Líneas de atención
Línea Gratuita Nacional
Escribe aquí para buscar
ESP
3:09 p. m.
28/03/2023

Ciudad: BOGOTA D.C **Mes: MARZO** **Día: 30** **Año: 2023**

CUENTA DE COBRO No. 2

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A: ANA MARIA BARRAGAN LEON

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2023-DIMFKENNEDY-CON011

NOMBRE: ANA MARIA BARRAGAN LEON
CEDULA: 1.030.572.403
CUENTA BANCARIA: 191233964 **BANCO: BOGOTA AHORRO _X_ CORRIENTE ___**
LA SUMA DE:($2.296.800) Dos millones doscientos noventa y seis mil ochocientos pesos M/Cte.
PERIODO: Fase Atención Marzo

CONCEPTO: AGENTE EUCATIVO PERFIL 1, DIMF KENNEDY UNIDAD GRAN BRITALIA CON 50 CUPOS, NUMERO DE 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: ($ 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

Barragan Ana María

NOMBRE: Ana María Barragán León
C.C. 1.030.572.403
Correo: abarraganleon@gmail.com
Dirección: Calle 40 sur # 78 M 27
Teléfono: 3193927207

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 # 11005322023

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	Ana María Barragan.
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	MARZO

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 mediante encuentros grupales	1.1 Planeación Grupal, minimo de dos encuentros,durante el mes (Formato ICBF) 1.2 Cartilla digital y unicamente las hojas 1, 9 y 10 diligenciadas donde termina el listado de la practica 16	30%	30-3-23	✓		1.1 OK 1.2 OK
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF	2.1. Planeacion Encuentro en el hogar (1) (cargada al drive correspondiente) 2.2 Cronograma de Visitas, con las respectias Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/0 ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente. 2.3 Cartilla digital y unicamente las hojas 1, 5, 6, 7 y 8 diligenciadas donde termina el listado de practicas (Se realizan en Físico y se escanean para la cartilla)	30%	30-3-23	✓		2.1: OK 2.2: OK 2.3: OK
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en fisico como en drive (50)	3.1 Seguimiento mediante la **lista de chequeo** de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA _ 3.4 Archivo Fisico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (50 carpetas)	10%	30-3-23	✓		3.1: OK 3.2: OK 3.3: OK 3.4: OK
		4. Informar al administrativo del 15 de cada mes sus ingesos y egresos	4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes Marzo 4.2 Soportes de egreso 4.3 Soportes de ingreso	10%	30-3-23	✓		4.1: OK 4.2: OK 4.3: OK
		5.Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios,Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.	5.1 Formato Ram 5.2 Refrigetios 5.3 Formato RPP 5.4 Fotografias uno a uno de la entrega de RPP - en power Point 5.5 Formato de Bienestarina Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni enmendaduras	10%	30-3-23	✓		5.1: OK 5.2: OK 5.3: OK 5.4: OK 5.5: OK
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento	6.1 Formato de novedades 2 por grupo de atencion (si aplica)	10%	30-3-23	✓		6.1: OK
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Ana María Barragan
NOMBRE:	Ana María Barragan
C.C.	1030572403

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Yolma Gomez
C.C.	40-443 451

4 folios

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1030572403		BARRAGAN LEON ANA MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 40 sur 78 m 27	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-02	2023-02	18782001	9447193902	I	2023/03/02	2023/03/06	BANCO DE OCCIDENTE	4	$327,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,121,334	$179,500			$1,121,334	$140,200			$0	$0			$1,121,334	$5,900		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,121,334	$179,500			$1,121,334	$140,200			$0	$0			$1,121,334	$5,900		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,121,334	$179,500			$1,121,334	$140,200			$0	$0			$1,121,334	$5,900		$0	$0
1	CC 1030572403	BARRAGAN ANA	230201	29	$1,121,334	$179,500	EPS005	29	$1,121,334	$140,200		0	$0	$0	14-11	29	$1,121,334	$5,900	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,121,334	$179,500			$1,121,334	$140,200			$0	$0			$1,121,334	$5,900		$0	$0

Planilla

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1030572403		BARRAGAN LEON ANA MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 40 sur 78 m 27	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-02	2023-02	18782001	9447193902	I	2023/03/02	2023/03/06	BANCO DE OCCIDENTE	4	$327,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$179,500	$900	$0	$180,400
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$179,500	$900	$0	$180,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$5,900	$100	$0	$6,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$5,900	$100	$0	$6,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$140,200	$700	$0	$140,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$140,200	$700	$0	$140,900
TOTAL				1	$325,600	$1,700	$0	$327,300

EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT.830.131.993-1
Calle 96 No. 12-55 Bogota

PAGO DE FACTURAS

1506 PLANILLA AS APORTES EN LINEA

CORRESPONSAL BANCO DE OCCIDENTE

REFERENCIA 9447193902

NUMERO DE APROBACION 782001

Fecha: 03/03/2023 18:05:11
DV: 077155
NUM. TRANSACCION 1087048615
Valor $327.300,00

CORRESPONSAL BANCARIO PARA BANCO DE OCCIDENTE. LA IMPRESION DE ESTE TIQUETE IMPLICA SU ACEPTACION, VERIFIQUE LA INFORMACION, ESTE ES EL UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO. LINEA NACIONAL: 018000512825. ANTES DE RETIRARSE DEL PUNTO DE ATENCION VERIFIQUE REFERENCIA DE PAGO, CONVENIO, LA FECHA, HORA, TIPO Y MONTO DEL SOPORTE DE PAGO REALIZADO. SI NO ESTA DE ACUERDO CON LA INFORMACION ALLI INCORPORADA O LA MISMA NO CORRESPONDE A LA INFORMACION DEL PAGO REALIZADO, INFORMELE DE MANERA INMEDIATA AL CAJERO LA CORRECCION REQUERIDA PARA HACER LAS CORRECCIONES A QUE HAYA LUGAR. DE LO CONTRARIO, NI EFECTV NI BANCO DE OCCIDENTE S.A. ASUMIRAN LA RESPONSABILIDAD SOBRE RECLAMOS POSTERIORES.

PS Recaudador: 907049 BOMBEROS

Cajero: ORLABOVE

Recibi Conforme:_____

C.C._____

Ciudad: Bogotá D.C Mes: Marzo Día: 30 Año: 2023

CUENTA DE COBRO No. 2

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1
DEBE A: NIDIA PEREZ VELASQUEZ

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2023-DIMFKENNEDY-CON036

NOMBRE: NIDIA PEREZ VELASQUEZ
CEDULA: 52.463.180
CUENTA BANCARIA: 025402785 **BANCO: BOGOTA AHORRO _X_ CORRIENTE ___**
LA SUMA DE: ($2.296.800) Dos millones doscientos noventa y seis mil ochocientos pesos M/Cte
PERIODO: Fase de Atención Marzo
CONCEPTO: AGENTE EDUCATIVO PERFIL 1 DIMF KENNEDY UNIDAD BRITALIA CON 50 CUPOS, NUMERO DE 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: ($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
Coordinadora
C.C. 40.441.431

Aprobado por:

Ana Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente

Nidia Perez

NIDIA PEREZ VELASQUEZ
C.C. 52.463.180
DR: Trans 78b 46-26 sur torre 1
TEL: 3124248441
CORREO: nidia.perezvelasquez@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 # 11005322023

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	Nidia Perez
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	MARZO

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 mediante encuentros grupales	1.1 Planeación Grupal, mínimo de dos encuentros,durante el mes (Formato ICBF) 1.2 Cartilla digital y unicamente las hojas 1, 9 y 10 diligenciadas donde termina el listado de la practica 16	30%	30-3-23	✓		1.1:ok 1.2:ok
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF	2.1. Planeacion Encuentro en el hogar (1) (cargada al drive correspondiente) 2.2 Cronograma de Visittas, con las respectias Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/0 ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente. 2.3 Cartilla digital y unicamente las hojas 1, 5, 6, 7 y 8 diligenciadas donde termina el listado de practicas (Se realizan en Físico y se escanean para la cartilla)	30%	30-3-23	✓		2.1:ok 2.2:ok 2.3:ok
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en fisico como en drive (50)	3.1 Seguimiento mediante la **lista de chequeo** de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA_ 3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (50 carpetas)	10%	30-3-23	✓		3.1:ok 3.2:ok 3.4:ok 3.3:ok
		4. Informar al administrativo del 15 de cada mes sus ingesos y egresos	4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes Marzo 4.2 Soportes de egreso 4.3 Soportes de ingreso	10%	30-3-23	✓		4.1:ok 4.2:ok 4.3:ok
		5.Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios,Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.	5.1 Formato Ram 5.2 Refrigetios 5.3 Formato RPP 5.4 Fotografias uno a uno de la entrega de RPP - en power Point 5.5 Formato de Bienestarina Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni enmendaduras	10%	30-3-23	✓		5.1:ok 5.2:ok 5.3:ok 5.4:ok 5.5:ok
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento	6.1 Formato de novedades 2 por grupo de atencion (si aplica)	10%	30-3-23	✓		6.1:ok
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Nidia Perez
NOMBRE:	Nidia Perez
C.C.	52.463.180

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Yolima Guzman
C.C.	40443.431

4 folios

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52463180		PEREZ VELASQUEZ LUZ NIDIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	trv 78b# 46-26	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4060393	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-02	2023-02	22254093	9447422829	I	2023/03/17	2023/03/17	BANCO DE OCCIDENTE	0	$325,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,121,334	$179,500			$1,121,334	$140,200			$0	$0			$1,121,334	$5,900		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$1,121,334**	**$179,500**			**$1,121,334**	**$140,200**			**$0**	**$0**			**$1,121,334**	**$5,900**		**$0**	**$0**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					**$1,121,334**	**$179,500**			**$1,121,334**	**$140,200**			**$0**	**$0**			**$1,121,334**	**$5,900**		**$0**	**$0**
1	CC	52463180	PEREZ LUZ	230301	29	$1,121,334	$179,500	EPS008	29	$1,121,334	$140,200		0	$0	$0	14-11	29	$1,121,334	$5,900	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$1,121,334**	**$179,500**			**$1,121,334**	**$140,200**			**$0**	**$0**			**$1,121,334**	**$5,900**		**$0**	**$0**

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52463180		PEREZ VELASQUEZ LUZ NIDIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Kra 78b# 46-26	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4060393	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-02	2023-02	22254093	9447422829	I	2023/03/17	2023/03/17	BANCO DE OCCIDENTE	0	$325,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$179,500	$0	$0	$179,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$179,500	$0	$0	$179,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$5,900	$0	$0	$5,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$5,900	$0	$0	$5,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$140,200	$0	$0	$140,200
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$140,200	$0	$0	$140,200
TOTAL				1	$325,600	$0	$0	$325,600

EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT 830.131.993-1
Calle 95 No. 12-35 Bogotá

PAGO DE PARAFISCALES

PLANILLA APORTES EN LINEA

COMPROBANTE BANCO DE OCCIDENTE

9497022829

REFERENCIA

254093

NUMERO DE APROBACION

16/03/2023 15:04:57

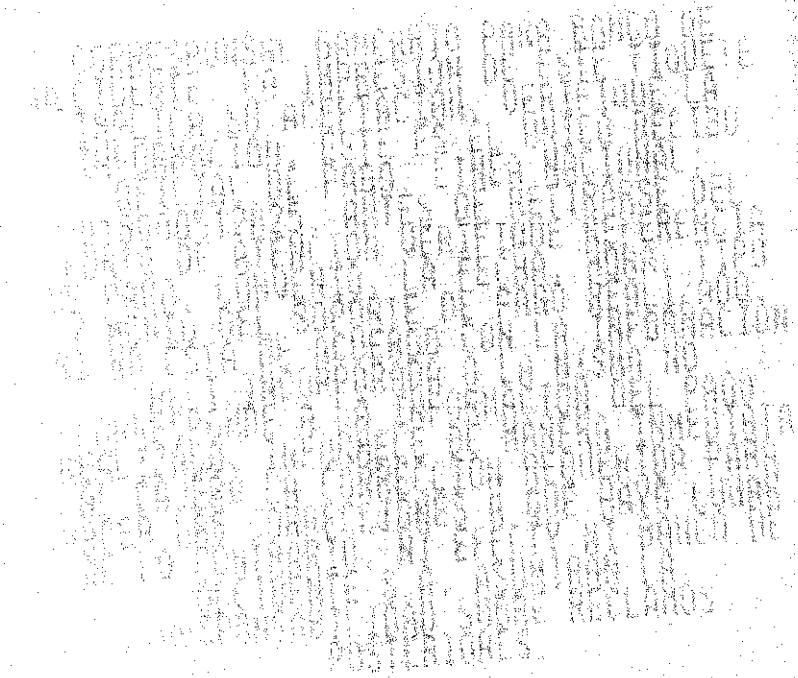
FECHA

220093

HORA TRANSACCION

1008117249

$325.000.000



POSTERIORES

1-Mar-30-2023

Ciudad: Bogotá **Mes:** Marzo **Día:** 30 **Año:** 2023

CUENTA DE COBRO No. 01

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A: YEIMY PAOLA GUTIERREZ GUZMAN

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2023- DIMFKENNEDY-CON054

NOMBRE: YEIMY PAOLA GUTIERREZ GUZMÁN
CEDULA: 52.861.284
CUENTA BANCARIA: 174258434 **BANCO:** BOGOTA **AHORRO _X_ CORRIENTE ____**
LA SUMA DE: ($2.296.800) Dos millones doscientos noventa y seis mil ochocientos pesos M/Cte.
PERIODO: Fase de Atención Marzo.

CONCEPTO: AGENTE EDUCATIVA PERFIL 1, DIMF KENNEDY UNIDAD GRAN BRITALIA CON 50 CUPOS, NUMERO DE 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: ($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
Coordinadora
C.C. 40.443.431

Aprobado por:

Ana Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Yeimy Paola Gutierrez G.

NOMBRE: Yeimy Paola Gutiérrez Guzmán
C.C. 52.861.284
Correo: ygutirre@iberoamericana.edu.co
Dirección: Transversal 13 i # 45f 04 sur
Teléfono: 3224475653

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 # 11005322023

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	Yeimy Paola Gutierrez.
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	MARZO

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 mediante encuentros grupales	1.1 Planeación Grupal, minimo de dos encuentros,durante el mes (Formato ICBF) 1.2 Cartilla digital y unicamente las hojas 1, 9 y 10 diligenciadas donde termina el listado de la practica 16	30%	30-3-23	✓		1.1 OK 1.2 OK
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de minimo 60 minutos de formación (DIMF	2.1. Planeacion Encuentro en el hogar (1) (cargada al drive correspondiente) 2.2 Cronograma de Visitas, con las respectias Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/0 ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente. 2.3 Cartilla digital y unicamente las hojas 1, 5, 6, 7 y 8 diligenciadas donde termina el listado de practicas (Se realizan en Fisico y se escanean para la cartilla)	30%	30-3-23	✓		2.1 OK 2.2 OK 2.3 OK
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en fisico como en drive (50)	3.1 Seguimiento mediante la **lista de chequeo** de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA _ 3.4 Archivo Fisico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (50 carpetas)	10%	30-3-23	✓		3.1 OK 3.2 OK 3.3 OK 3.4 OK
		4. Informar al administrativo del 15 de cada mes sus ingesos y egresos	4.1 Formato de Ingresos y egresos _____ en el mes Marzo 4.2 Soportes de egreso 4.3 Soportes de ingreso	10%	30-3-23	✓		4.1 OK 4.2 OK 4.3 OK
		5.Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios,Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.	5.1 Formato Ram 5.2 Refrigerios 5.3 Formato RPP 5.4 Fotografias uno a uno de la entrega de RPP - en power Point 5.5 Formato de Bienestarina Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni enmendaduras	10%	30-3-23	✓		5.1 OK 5.2 OK 5.3 OK 5.4 OK 5.5 OK
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento	6.1 Formato de novedades 2 por grupo de atencion (si aplica)	10%	30-3-23	✓		6.1 OK
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Yeimy Paola Gutierrez
NOMBRE:	Yeimy Paola Gutierrez
C.C.	52.861.284

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Yolima Garzon
C.C.	40.443.431

Banco de Bogotá

EL BANCO DE BOGOTA

INFORMA:

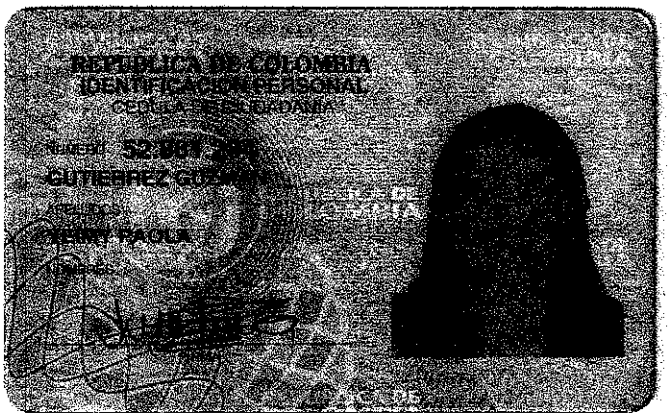
Que la persona YEIMY PAOLA GUTIERREZ GUZMAN identificado(a) con CC 52861284 está vinculado(a) al BANCO DE BOGOTA a través de la CTA AHORROS No. 174258434 desde el 28 de febrero de 2023, este producto se encuentra Vigente.

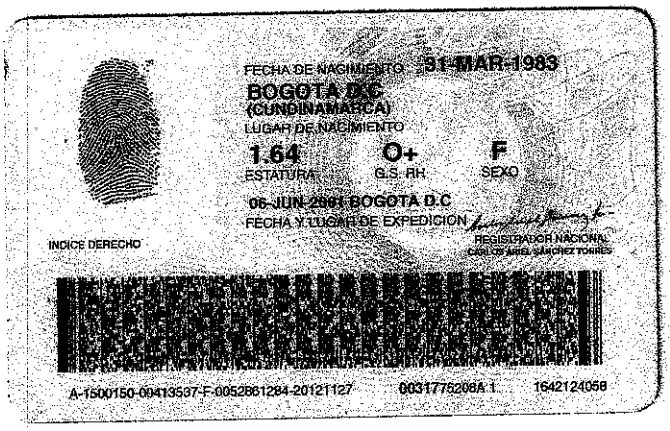
Esta información es confidencial, no es una recomendación de negocio y se suministra sin responsabilidad del banco, se expide el 01 de marzo de 2023, a solicitud del interesado, con destino a quien interese.

Atentamente,

Olga Yanira Otálora Guerrero
Gerencia de Soluciones para el Cliente
Banco de Bogota

Powered by CamScanner


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 52.884.284
GUTIERREZ GOMEZ
APELLIDOS
YENNY PAOLA
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 31-MAR-1983
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.64
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
06-JUN-2001 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-1500150-00413537-F-0052881284-20121127 0031775206A 1 1642124058

Planilla

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52861284		GUTIERREZ GUZMAN YEIMY PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 41 21 - 45 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2051503	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-02	2023-02	1980443262	9448589973	I	2023/03/21	2023/03/21	NEQUI	0	$359,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES															PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
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		$359,900
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		$359,900
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		$359,900
1	CC	52861284	GUTIERREZ YEIMY																	25-14	30	$1,160,000	$185,600	EPS037	30	$1,160,000	$145,000	CCF24	30	$1,160,000	$23,200	14-23	30	$1,160,000	0.522%	$6,100	30	$0	$0	No	$359,900
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		$359,900

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52861284		GUTIERREZ GUZMAN YEIMY PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 41 21 - 45 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2051503	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-02	2023-02	1980443262	9448589973	I	2023/03/21	2023/03/21	NEQUI	0	$359,900

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
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$185,600	$0	$0	$185,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,100	$0	$0	$6,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$6,100	$0	$0	$6,100
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$23,200	$0	$0	$23,200
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$23,200	$0	$0	$23,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,000	$0	$0	$145,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$145,000	$0	$0	$145,000
TOTAL				1	$359,900	$0	$0	$359,900

Para próximo mes ARL SURA



¡Hola, cristian david gutierrez guzman

Gracias por utilizar los servicios de NEQUI y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:

Estado de la Transacción: Aprobada
CUS: 1980443262
Empresa: APORTES EN LINEA
Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9448589973
Valor de la Transacción: $ 359.900
Fecha de Transacción: 20/03/2023

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14899347019

(415)7707212489984(8020) 000001489934701 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 2 8 6 1 2 8 4	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	52861284	2 0 0 1 0 6 0 6

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
GUTIERREZ	GUZMAN	YEIMY	PAOLA

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: AV CR 14 45 SUR 16 BRR SANTA LUCIA

42. Correo electrónico: politaguti@hotmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
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 0 7 0 5 0 7	4 7 9 9	2 0 1 7 1 1 2 9				5 1 3 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

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 - 03 - 29 / 10 : 42: 30

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: GUTIERREZ GUZMAN YEIMY PAOLA
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

seguros mundial®
tu compañía siempre

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

Digitally signed by COMPANIA MUNDIAL DE SEGUROS S A
Date: 2023.03.24 16:59:51 -05:00

Código de Seguridad: IEjmhl7K+6q5gnBQx3FrzA==

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

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO

EN FAVOR DE ENTIDADES PARTICULARES

VERSIÓN CLAUSULADO 06-04-2021-1317-P-05-PPSUS2R000000065-D00I

No. PÓLIZA	COQ-100000220	No. ANEXO	0	No. CERTIFICADO	532000305	No. RIESGO	
TIPO DE DOCUMENTO				FECHA DE EXPEDICIÓN	24/03/2023	SUC. EXPEDIDORA	CEN ORINOQUIA

VIGENCIA DESDE		VIGENCIA HASTA		DÍAS	VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE		VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA	
00:00 Horas Del	01/03/2023	24:00 Horas Del	31/12/2023		N/A	N/A	N/A	N/A

TOMADOR	GUTIERREZ GUZMAN YEIMY PAOLA	**No. DOC. IDENTIDAD**	52.861.284
DIRECCIÓN	CLL 95 N 68F-24	**TELÉFONO**	3108774707
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-DIMFKENNEDY-CON042 , 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 CDI DIMF

NOMBRE DEL AMPARO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA$	VALOR PRIMA$
CUMPLIMIENTO	00:00 Horas Del 01/03/2023	24:00 Horas Del 31/12/2023	3.674.880,00	10.000,00
CALIDAD DEL SERVICIO	00:00 Horas Del 01/03/2023	24:00 Horas Del 31/12/2023	3.674.880,00	10.000,00
		TOTAL ASEGURADO	$ 7.349.760,00	

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

DISTRIBUCIÓN COASEGURO				
COMPAÑÍA	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: 24/03/2023

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 INDICADO, SOBRE LAS EXCLUSIONES Y ALCANCES Y CONTENIDOS DE LA COBERTURA, ASI 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.

Yeimy Paola Gutierrez
TOMADOR

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

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

seguros mundial®

tu compañía siempre

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

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

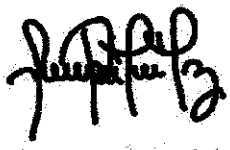
Afiliados
CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA PASA APF Asociación Panamericana de Planos Panamerican Surety Association

LA COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A

CERTIFICA:

Que la garantía de Cumplimiento contenida en la póliza **COQ-100000220** y endoso, **0** cuyo afianzado es: **GUZMAN GUTIERREZ, YEIMY PAOLA** Asegurado o Beneficiario: **ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA / ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA** , expedida por la Compañía en **24/03/2023**, 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 **24** días del mes **MARZO** 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: BOGOTA Mes: Marzo Día: 30 Año: 2023

CUENTA DE COBRO No. 3

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-2

DEBE A: ANA HERLINDA CAMACHO SANCHEZ

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: ($ 2.051.981) Dos Millones Cincuenta y Un Mil Novecientos Ochenta y Un pesos M/Cte.
PERIODO: Fase de Atención Marzo.

CONCEPTO: AGENTE EDUCATIVA PERFIL 2, DIMF KENNEDY UNIDAD GRAN BRITALIA CON 50 CUPOS, NUMERO DE 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 ($ 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 Rocio Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Ana Camacho S.

NOMBRE: ANA HERLINDA CAMACHO SANCHEZ
CORREO: ancas12@hotmail.com
C.C. 39.664.915
DR. Carrera 78A # 47 30 sur apto 206 Torre A
TELEFONO: 314 3870875 /

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 # 11005322023

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	Ana Camacho S.
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	MARZO

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 mediante encuentros grupales	1.1 Planeación Grupal, mínimo de dos encuentros,durante el mes (Formato ICBF) 1.2 Cartilla digital y unicamente las hojas 1, 9 y 10 diligenciadas donde termina el listado de la practica 16	30%	30-3-23	✓		1.1: OK 1.2: OK
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF	2.1. Planeacion Encuentro en el hogar (1) (cargada al drive correspondiente) 2.2 Cronograma de Visitas, con las respectias Firmas -que evidencie el Desarrollo de los 50 y/0 ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente. 2.3 Cartilla digital y unicamente las hojas 1, 5, 6, 7 y 8 diligenciadas donde termina el listado de practicas (Se realizan en Físico y se escanean para la cartilla)	30%	30-3-23	✓		2.1: OK 2.2: OK 2.3: OK
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en fisico como en drive (50)	3.1 Seguimiento mediante la **lista de chequeo** de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA_ 3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (50 carpetas)	10%	30-3-23	✓		3.1: OK 3.2: OK 3.3: OK 3.4: OK
		4. Informar al administrativo del 15 de cada mes sus ingesos y egresos	4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes Marzo 4.2 Soportes de egreso 4.3 Soportes de ingreso	10%	30-3-23	✓		4.1: OK 4.2: OK 4.3: OK
		5.Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios,Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.	5.1 Formato Ram 5.2 Refrigerios 5.3 Formato RPP 5.4 Fotografias uno a uno de la entrega de RPP - en power Point 5.5 Formato de Bienestarina Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni enmendaduras	10%	30-3-23	✓		5.1: OK 5.2: OK 5.3: OK 5.4: OK 5.5: OK
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento	6.1 Formato de novedades 2 por grupo de atencion (si aplica)	10%	30-3-23	✓		6.1: OK
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Ana Camacho S.
NOMBRE:	Ana Camacho S.
C.C.	39.664.915

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Yolma Gomez
C.C.	40.443.431

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE

TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	39664915	ANA HERLINDA CAMACHO SANCHEZ		carrera 78 a # 47 30 sur	3143870	ancas12@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA

PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-03	2023-03	I	17/03/2023	66398650	$336.700	

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					
EPS017	Famisanar 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
25-14	Colpensiones	900336004-7	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	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

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	39664915	ANA HERLINDA CAMACHO SANCHEZ	carrera 78 a # 47 30 sur	3143870	ancas12@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2023-03	2023-03	I	17/03/2023	66398650	TOTAL A PAGAR	
					$336.700	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	IGE	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VIP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	39664915	CAMACHO SANCHEZ ANA HERLINDA	57	0			N																	25-14	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS017	1.160.000	145.000	14-11	1.160.000	1	6.100		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Banco de Bogotá

Comprobante de compra y pagos virtuales PSE

Pago exitoso

Número de autorización 700202

viernes, 17 de marzo de 2023, 3:47:00 PM

Detalle

$336,700.00

Valor Pagado

IVA incluído:	$0.00
Pago a:	COMPENSAR-OI
Débito desde:	Cuenta de ahorros ******4956
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Fecha y hora inicio transacción	2023-03-17 3:45:17
NIT del comercio	9998600669427
Número de factura	66398650
Código Único de Seguimiento	1976643818
Dirección IP:	181.57.2.165
Referencia 1:	181.57.2.165
Referencia 2:	CC
Referencia 3:	39664915

Ciudad: BOGOTA Mes: MARZO Día:30 Año: 2023

CUENTA DE COBRO No. 3

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-2

DEBE A: ANA JAZMIN BECERRA GALLO

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: ($2.051.981) Dos Millones Cincuenta y un mil Novecientos Ochenta y un pesos M/Cte.
PERIODO: Fase de Atención Marzo

CONCEPTO: AGENTE EDUCATIVO PERFIL 2, DIMF KENNEDY UNIDAD GRAN BRITALIA CON 50 CUPOS, NUMERO DE 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 ($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
Coordinadora
C.C. 40.443.431

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

JAZMIN BECERRA

NOMBRE: ANA JAZMIN BECERRA GALLO
C.C. 52.931.661
CORREO: jaz_misita27@hotmail.com
DR. Carrera 77 L #49-30 Sur
TELEFONO 3107584375 /

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 # 11005322023

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	JAZMIN BECERRA
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	MARZO

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 mediante encuentros grupales	1.1 Planeación Grupal, mínimo de dos encuentros,durante el mes (Formato ICBF) 1.2 Cartilla digital y unicamente las hojas 1, 9 y 10 diligenciadas donde termina el listado de la practica 16	30%	30-3-23	✓		1.1: ok 1.2: ok
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF	2.1. Planeacion Encuentro en el hogar (1) (cargada al drive correspondiente) 2.2 Cronograma de Visitas, con las respectias Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/0 ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente. 2.3 Cartilla digital y unicamente las hojas 1, 5, 6, 7 y 8 diligenciadas donde termina el listado de practicas (Se realizan en Físico y se escanean para la cartilla)	30%	30-3-23	✓		2.1: ok 2.2: ok 2.3: ok
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en fisico como en drive (50)	3.1 Seguimiento mediante la **lista de chequeo** de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA _ 3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (50 carpetas)	10%	30-3-23	✓		3.1: ok 3.2: ok 3.3: ok 3.4: ok
		4. Informar al administrativo del 15 de cada mes sus ingesos y egresos	4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes Marzo 4.2 Soportes de egreso 4.3 Soportes de ingreso	10%	30-3-23	✓		4.1: ok 4.2: ok 4.3: ok
		5.Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios,Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.	5.1 Formato Ram 5.2 Refrigetios 5.3 Formato RPP 5.4 Fotografias uno a uno de la entrega de RPP - en power Point 5.5 Formato de Bienestarina Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni enmendaduras	10%	30-3-23	✓		5.1: ok 5.2: ok 5.3: ok 5.4: ok 5.5: ok
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento	6.1 Formato de novedades 2 por grupo de atencion (si aplica)	10%	30-3-23	✓		6.1: ok
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	JAZMIN BECERRA
NOMBRE:	JAZMIN BECERRA
C.C.	52.931.661

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Jolma Guzman
C.C.	40.443.431

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52931651	ANA JAZMIN BECERRA GALLO	carrera 77 I # 49 30 sur	3107584	jaz_misite27@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – 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: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2023-03	2023-03	I	17/03/2023	66197497	$336.700

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					
EPS017	Famisanar 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
25-14	Colpensiones	900336004-7	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	800803700-5	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

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52931661	ANA JAZMIN BECERRA GALLO	carrera 77 I # 49 30 sur	3107584	jaz_misita27@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – 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: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2023-03	2023-03	I	17/03/2023	66197497	$336.700

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Duplicado	IBC	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	52931661	BECERRA GALLO ANA JAZMIN	57	0			N																	25-14	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS017	1.160.000	145.000	14-11	1.160.000	1	6.100		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Banco de Bogotá

Comprobante de compra y pagos virtuales PSE

Pago exitoso

Número de autorización 128202

viernes, 17 de marzo de 2023, 4:01:28 PM

Detalle

$336,700.00

Valor Pagado

IVA incluído:	$0.00
Pago a:	COMPENSAR-OI
Débito desde:	Cuenta de ahorros ******0040
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Fecha y hora inicio transacción	2023-03-17 3:59:51
NIT del comercio	9998600669427
Número de factura	66197497
Código Único de Seguimiento	1976683748
Dirección IP:	181.57.2.165
Referencia 1:	181.57.2.165
Referencia 2:	CC
Referencia 3:	52931661

Ciudad: Bogotá DC **Mes:** Marzo **Día:** 30 **Año:** 2023

CUENTA DE COBRO No. 3

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A: NOHORA ROSALBA ROJAS MEDINA

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. DIMF KENNEDYCON032

NOMBRE: NOHORA ROSALBA ROJAS MEDINA
CEDULA: 51.814.455
CUENTA BANCARIA: 274265172 BANCO: BOGOTA AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE:($2.051.981) Dos millones cincuenta y un mil novecientos ochenta y un pesos M/Cte.
PERIODO: Fase de Atención Marzo

CONCEPTO: AGENTE EDUCATIVO PERFIL 2 DIMF KENNEDY UNIDAD TRIUNFADORAS CON 50 CUPOS, NUMERO DE 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: ($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. 40.441.431

Aprobado por:

Ana Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Nohora Rosalba Rojas Medina.
NOMBRE: Nohora Rosalba Rojas Medina
C.C. 51.814.455
CORREO: Nohorarosalbarojasmedina@hotmail.com
DR. Carrera 81 g # 14 b 18 / 3204878184

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 # 11005322023

PROGRAMA	DIMF CRECIENDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	Nohora Rosalba Rojas
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	MARZO

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 mediante encuentros grupales	1.1 Planeación Grupal, minimo de dos encuentros,durante el mes (Formato ICBF) 1.2 Cartilla digital y unicamente las hojas 1, 9 y 10 diligenciadas donde termina el listado de la practica 16	30%	30-3-23	✓		1.1 ok 1.2 ok
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF	2.1. Planeacion Encuentro en el hogar (1) (cargada al drive correspondiente) 2.2 Cronograma de Visitas, con las respectias Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/0 ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente. 2.3 Cartiila digital y unicamente las hojas 1, 5, 6, 7 y 8 diligenciadas donde termina el listado de practicas (Se realizan en Fisico y se escanean para la cartilla)	30%	04-04-23	✓		2.1 ok 2.2 ok 2.3 ok
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en fisico como en drive (50)	3.1 Seguimiento mediante la **lista de chequeo** de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA _ 3.4 Archivo Fisico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (50 carpetas)	10%	30-3-23	✓		3.1: ok 3.2 ok 3.3: ok 3.4: ok
		4. Informar al administrativo del 15 de cada mes sus ingesos y egresos	4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes Marzo 4.2 Soportes de egreso 4.3 Soportes de ingreso	10%	30-3-23	✓		4.1: ok 4.2: ok 4.3: ok
		5.Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios,Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.	5.1 Formato Ram 5.2 Refrigerios 5.3 Formato RPP 5.4 Fotografias uno a uno de la entrega de RPP - en power Point 5.5 Formato de Bienestarina Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni enmendaduras	10%	30-3-23	✓		5.1: ok 5.2 ok 5.3 ok 5.4 ok 5.5 ok
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento	6.1 Formato de novedades 2 por grupo de atencion (si aplica)	10%	30-3-23	✓		6.1 ok
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Nohora Rosalba Rojas
NOMBRE:	Nohora Rosalba Rojas
C.C.	51.814.455

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Paloma Guzman
C.C.	40.443.437

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2023-03-14, 09:25:57 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1053328731

Periodo Cotización: febrero de 2023 **Periodo Servicio:** febrero de 2023 **Referencia pago (PIN):** 8845132560

PAGADO 14/03/2023

DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	NOHORA ROSALBA ROJAS MEDINA		
Documento	CC51814455	**Dirección**	CR 81G #14 B - 18
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3204878184
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
51814455	NOHORA ROSALBA ROJAS MEDINA	59	00	X																0	24	24	24	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 928.000	$ 148.500	(EPS005) EPS SANITAS	$ 928.000	$ 116.000	0,522	$ 928.000	$ 4.900	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 269.400

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 928.000	$ 928.000	$ 928.000	$ 0	$ 148.500	$ 116.000	$ 4.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 269.400	$ 500	$ 269.900

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

Ciudad: BOGOTA **Mes: MARZO** **Día:30** **Año: 2023**

CUENTA DE COBRO No. 3

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-2

DEBE A: SOONER SUSANA CHAVES RODRIGUEZ

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:($ 2.051.981) Dos Millones Cincuenta y Un Mil Novecientos Ochenta y Un pesos M/Cte.
PERIODO: Fase de Atención Marzo

CONCEPTO: AGENTE EDUCATIVO PERFIL 2, DIMF KENNEDY UNIDAD GRAN BRITALIA CON 50 CUPOS, NUMERO DE 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:($ 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 Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

SOONER CHAVES

NOMBRE: SOONER SUSANA CHAVES RODRIGUEZ
C.C. 52.847.653
CORREO: soonerchaves@hotmail.com
DR. Carrera 79 f # 46 16 sur bloque 10 apartamento 110
TELEFONO: 3208053272

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 # 11005322023

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	SOONER CHAVES
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	MARZO

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 mediante encuentros grupales	1.1 Planeación Grupal, minimo de dos encuentros,durante el mes (Formato ICBF) 1.2 Cartilla digital y unicamente las hojas 1, 9 y 10 diligenciadas donde termina el listado de la practica 16	30%	30-3-23	✓		1.1: OK 1.2: OK
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de minimo 60 minutos de formación (DIMF	2.1. Planeacion Encuentro en el hogar (1) (cargada al drive correspondiente) 2.2 Cronograma de Visittas, con las respectias Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/0 ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente. 2.3 Cartilla digital y unicamente las hojas 1, 5, 6, 7 y 8 diligenciadas donde termina el listado de practicas (Se realizan en Fisico y se escanean para la cartilla)	30%	30-3-23	✓		2.1: OK 2.2: OK 2.3: OK
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en fisico como en drive (50)	3.1 Seguimiento mediante la **lista de chequeo** de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA_ 3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (50 carpetas)	10%	30-3-23	✓		3.1: OK 3.2: OK 3.3: OK 3.4: OK
		4. Informar al administrativo del 15 de cada mes sus ingesos y egresos	4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes Marzo 4.2 Soportes de egreso 4.3 Soportes de ingreso	10%	30-3-23	✓		4.1: OK 4.2: OK 4.3: OK
		5.Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios,Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.	5.1 Formato Ram 5.2 Refrigerios 5.3 Formato RPP 5.4 Fotografias uno a uno de la entrega de RPP - en power Point 5.5 Formato de Bienestarina Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni enmendaduras	10%	30-3-23	✓		5.1: OK 5.2: OK 5.3: OK 5.4: OK 5.5: OK
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento	6.1 Formato de novedades 2 por grupo de atencion (si aplica)	10%	30-3-23	✓		6.1: OK
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	SOONER CHAVES
NOMBRE:	SOONER CHAVES
C.C.	52.849.653

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Yolma Garzon
C.C.	40.443 431

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52847653	SOONER SUSANA CHAVES RODRIGUEZ	CRA 78 F 46 16 SUR BLOQUE 3	3208053272	soonerchaves@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	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	14/03/2023	65894468	$337.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	145.000	0		0		0	1	200	0	145.200	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	185.600	0	0	0	0	1	300	0	185.900	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	800030790-5	6.100				6.100	1	100	6.200			61	6.200	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	145.200
Pensión	1	185.600	185.900
Riesgos Laborales	1	6.100	6.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	336.700	337.300

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52847653	SOONER SUSANA CHAVES RODRIGUEZ	CRA 79 F 46 16 SUR BLOQUE 3 CASABLANCA	3208053272	soonerchaves@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – 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	14/03/2023	65894468	$337,300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	IRG	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	Operación	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización y Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	52847653	CHAVES RODRIGUEZ SOONER SUSANA	59	0		N	X								1								25-14	1.160.000	165.600	0	0	0	0	EPS037	1.160.000	145.000	14-11	1.160.000	1	6.100		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

BBVA

Pago exitoso

$337.300,00

14 Mar, 2025 -- 12:52 PM

Producto o servicio	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social COMPENSAR-OI
Pagaste con	Cuenta de Ahorros •8471
Código de confirmación (CUS)	1969242093
IP	186.226.58.184

Ciudad: BOGOTA D.C **Mes: MARZO** **Día: 30** **Año:2023**

CUENTA DE COBRO No. 3

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A: YURI ALEXANDRA GARCIA

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2023-DIMFKENNEDY-CON031

NOMBRE: YURI ALEXANDRA GARCIA AVILA
CEDULA: 1.032.378.513
CUENTA BANCARIA: 075601401 **BANCO: BOGOTA AHORRO _X_ CORRIENTE ___**
LA SUMA DE:($3.062.400) Tres millones sesenta y dos mil cuatrocientos pesos M/Cte.
PERIODO: Fase de Atención Marzo

CONCEPTO: PSICOSOCIAL DIMF KENENDY, CON 200 CUPOS, NUMERO DE 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: ($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
Coordinadora
C.C. 40.441.431

Aprobado por:

Ana Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Yuri Alexandra Garcia

NOMBRE: Yuri Alexandra Garcia Avila
C.C. 1.032.378.513
DR. CR 70 B 05 B 06
Correo : alexandrapsicosocial03@gmail.com
TEL:3186669533

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 # 11005322023

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	Yuri Alexandra Garcia
CARGO	PSICOSOCIAL
PERIODO y FECHA	MARZO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
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 Criterios ingresos mes de marzo 1.3 Acta de proceso o Formato de novedades	2%	30-3-23	✓		1.1: OK 1.2: 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 interistitucional Marzo 2.3. Cronograma de espacios locales de Gestión (ejem: COLIA)	8%	30-3-23	✓		2.1: OK 2.2: OK 2.3: OK
		3. Validación criterios de focalizacion junto con el documento de identidad, de los nuevos ingresos que son_____	3.1 Formato Visita Criterios de Focalización_____ para los casos de ingreso nuevos que aplique 3.2. Subir al drive creado por grupo territorila, los criterios de focalización de los participantes nuevos_____, a los cuales no aplica visita. Se carga la totalidad de Criterios de Focalización de _____ Participantes coresponditentes a los tres grupos de atención delegados.	10%	30-3-23	✓		3.1: OK 3.2: OK 3: OK
		4. Realizacion procesos de caracterización, de las 150 familias delegdas en el territo.	4.1 planeaciones 4.2 Link_ diligenciado por 150 participantes 4.3 registro de 150 participantes, en el formato (f23.mo12.pp_formato_ficha_de_caracterizacion_para_los_servicios_de_atencion_a_ta_primera_infancia_v2).	20%	30-3-23	✓		4.1: OK 4.2: OK 4.3 OK
		5. Procesos de Formación y cualificación al Talento Humano	5.1 Socialización y cualificación proceso de Caracterización 5.2 Registro Fotográfico 5.3 Planeación de la Jornada 5.4. Acta, Registro fotografico y Firmas	5%	30-3-23	✓		5.1: OK 5.2: OK 5.3: OK 5.4: OK
		6.Realizacion de los 9 talleres con duraciòn de 3 horas frente al proceso de caracterizaciòn,	6.1 planeaciones_Formatos ICBF	20%	30-3-23	✓		6.1: OK
		7.Proceso de buzon de sugerencias y control social, (proceso en compañia del comite de control Social).	7.1 Creación del Buzon de susgerencias 7.2. Acta de apertura y sucinto informe de lo arrojado 7.3 Evidencias fotograficas.	2%	30-3-23	✓		7.1: OK 7.2: OK 7.3: OK
		8.Seguimiento a poblacion migrante y desplazados.	8.1 base excel poblacion migrante y desplazados, Formatos APC	3%	30-3-23	✓		8.1: OK
		9.Activacion de rutas segùn sea el caso	9.1 Formatos de seguimientos,remisiones. 9.2 Matriz de seguimiento a casos., Priorizados y remitidos (Formato APC)	10%	30-3-23	✓		9.1: OK 9.2: OK
		10.Encuentros en el hogar, .si se presenta el caso para activaciòn de rutas.	10. 1 Cronograma de Visitas - Firma de las familias Visitadas (Formato APC) 10.2 Cartilla encuentro en el hogar que evidencie (planeación, desarrollo y registro fotográfico)	10%	30-3-23	✓		10.1: OK 10.2: OK
		11-. Informe de gestión mensual en el formato f8 contractual y	6. Formato de Informe – Enviado por Coordinación Drive	10%	30-3-23	✓		11: OK
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Yuri Alexandra Garcia
NOMBRE:	Yuri Alexandra Garcia
C.C.	1.082.338.513

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Yatima Guzman
C.C.	40.443.431

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	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-02	2023-02	28129732	9446977540	I	2023/03/03	2023/03/01	BANCO DE OCCIDENTE	0	$336,700

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
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$6,100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$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			$0	$0			$1,160,000	$6,100		$0	$0
1	CC 1032378513	GARCIA YURI	25-14	30	$1,160,000	$185,600	EPS017	30	$1,160,000	$145,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,160,000	$6,100	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$6,100		$0	$0

CI Unica

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 708 # 05B 06	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1234567	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-02	2023-02	28129732	9446977540	I	2023/03/03	2023/03/01	BANCO DE OCCIDENTE	0	$336,700

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
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	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
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$145,000	$0	$0	$145,000
TOTAL				1	$336,700	$0	$0	$336,700

EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT 830.131.993-1
Calle 96 No. 12-55 Bogota

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 9342970646 DV: 007184

Cajera: MARCACR

Cliente beneficiario:
113237 PLANILLAS AVAL Aportes en Linea
Arus Compensar Asopagos Simple Mi Plan

Fecha: 01/03/2023 11:28:13

PS Recaudador:
913095 MARSELLA CR 69C

Cantidad cupones: 1

Nombre:	YURI
Apellido 1:	ALEXANDRA GARCIA
NUM PLANILLA:	9446977540
TIPO DE IDENTIFICACION:	CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO IDENTIFICACION:	1032378513
PERIODO:	202302
Referencia	Valor
9446977540	$336.700,00

Valor recibido:	$336.700,00
Forma de pago:	EFECTIVO

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Con la solicitud y aceptacion de mi parte, de la prestacion de este servicio, entiendase que manifiesto verbalmente mi autorizacion para el tratamiento de los datos personales que voluntariamente he entregado a Efectivo Ltda., Estos datos pueden ser utilizados unica y exclusivamente para la prestacion del servicio convenido.
Linea de servicio al cliente: (1) 6510101
servicioalcliente@efecty.com.co
www.efecty.com.co

Ciudad: Bogotá D.C **Mes: Marzo** **Día: 30** **Año: 2023**

CUENTA DE COBRO No. 3

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A: YANILETH ROCIO ROA WILCHES

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2023-DIMFKENNEDY-CON006

NOMBRE: YANILETH ROCIO ROA WILCHES
CEDULA: 1.023.949.135
CUENTA BANCARIA: 316436682 **BANCO: BOGOTA AHORRO _X_ CORRIENTE ___**
LA SUMA DE: ($2.296.800) Dos millones doscientos noventa y seis mil ochocientos pesos M/cte.
PERIODO: Fase Atención Marzo

CONCEPTO: PSICOSOCIAL DIMF KENNEDY UNIDAD BRITALIA CON 150 CUPOS, NUMERO DE 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: ($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
Coordinadora
C.C. 40.443.431

Aprobado por:

Ana Rocio Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Rocio 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

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 # 11005322023

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	Rocio Rog
CARGO	PSICOSOCIAL
PERIODO y FECHA	MARZO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
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 Criterios ingresos mes de marzo 1.3 Acta de proceso o Formato de novedades	2%	30-3-23	✓		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 interistitucional Marzo 2.3. Cronograma de espacios locales de Gestión (ejem: COLIA)	8%	30-3-23	✓		2.1: OK 2.2: OK 2.3: OK
		3. Validación criterios de focalizacion junto con el documento de identidad, de los nuevos ingresos que son_____	3.1 Formato Visita Criterios de Focalización_____ para los casos de ingreso nuevos que aplique 3.2. Subir al drive creado por grupo territorila, los criterios de focalización de los participantes nuevos_____, a los cuales no aplica visita. Se carga la totalidad de Criterios de Focalización de _____ Participantes coresponditentes a los tres grupos de atención delegados.	10%	30-3-23	✓		3.1: OK 3.2: OK
		4. Realizacion procesos de caracterización, de las 150 familias delegdas en el territo.	4.1 planeaciones 4.2 Link_ diligenciado por 150 participantes 4.3 registro de 150 participantes, en el formato (f23.mo12.pp_formato_ficha_de_caracterizacion_para_los_servicios_de_atencion_a_la_primera_infancia_v2).	20%	30-3-23	✓		4.1: OK 4.2: OK 4.3: OK
		5. Procesos de Formación y cualificación al Talento Humano	5.1 Socialización y cualificación proceso de Caracterización 5.2 Registro Fotográfico 5.3 Planeación de la Jornada 5.4. Acta, Registro fotografico y Firmas	5%	30-3-23	✓		5.1: OK 5.2: OK 5.3: OK 5.4: OK
		6.Realizacion de los 9 talleres con duración de 3 horas frente al proceso de caracterización.	6.1 planeaciones_Formatos ICBF	20%	30-3-23	✓		6.1: OK
		7.Proceso de buzon de sugerencias y control social, (proceso en compañia del comite de control Social).	7.1 Creación del Buzon de susgerencias 7.2. Acta de apertura y sucinto informe de lo arrojado 7.2 Evidencias fotograficas.	2%	30-3-23	✓		7.1: OK 7.2: OK
		8.Seguimiento a poblacion migrante y desplazados.	8.1 base excel poblacion migrante y desplazados, Formatos APC	3%	30-3-23	✓		8.1: OK
		9.Activacion de rutas segùn sea el caso	9.1 Formatos de seguimientos,remisiones. 9.2 Matriz de seguimiento a casos., Priorizados y remitidos (Formato APC)	10%	30-3-23	✓		9.1: OK 9.2: OK
		10.Encuentros en el hogar, .si se presenta el caso para activaciòn de rutas.	10. 1 Cronograma de Visitas - Firma de las familias Visitadas (Formato APC) 10.2 Cartilla encuentro en el hogar que evidencie (planeación, desarrollo y registro fotográfico)	10%	30-3-23	✓		10.1: OK 10.2: OK
		11-. Informe de gestión mensual en el formato f8 contractual y	6. Formato de Informe – Enviado por Coordinación Drive	10%	30-3-23	✓		11: OK
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Rocio Rog
NOMBRE:	Rocio Rog
C.C.	1023.919.135

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Yolima Guzmon
C.C.	40-443-831

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1023949135	YANILETH ROCIO ROA WILCHES		KR 18B 70 28 SUR	3014638430	yrocio1023@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – 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	
2023-03	2023-03	I	23/03/2023	66471725	$336.700	

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					
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	830903790-5	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

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1023949135	YANILETH ROCIO ROA WILCHES		KR 18B 70 28 SUR	3014638430	yrocio1023@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – 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	
2023-03	2023-03	I	23/03/2023	66471725	$336.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colombiano en el Exterior	Estudiante	IGE	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1023949135	ROA WILCHES YANILETH ROCIO	59	0			N																230201	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS002	1.160.000	146.000	14-11	1.160.000	1	6.100		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
1984125604

Destino de pago
COMPENSAR-OI

Motivo
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha
22/03/2023

Número de aprobación
00125604

Dirección IP
170.78.40.171

Valor transacción
$ 336.700,00

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
170.78.40.171	CC	1023949135

Ciudad: BOGOTÁ **Mes: Marzo** **Día: 30** **Año: 2023**

CUENTA DE COBRO No. 2

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A: SARA YULIETH MARIN TREJOS

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. DIMFKENNEDY CON040

NOMBRE: SARA YULIETH MARIN TREJOS
CEDULA: 1.082.889.760
CUENTA BANCARIA: 274266832 BANCO: BOGOTA AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE:($2.296.800) DOS MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS PESOS M/Cte.
PERIODO: FASE DE ATENCIÓN MARZO

CONCEPTO: NUTRICIONISTA DIMF KENNEDY UNIDAD GRAN BRITALIA CON 150 CUPOS NÚMERO DE 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: ($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
Coordinadora
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. 1.082.889.760
CORREO: saramarintrejos@gmail.com
DR. Calle 12 C 71 C 30
TELEFONO: 3183919646

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 # 11005322023

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	Sara Marin Trejos
CARGO	NUTRICIONISTA
PERIODO y FECHA	MARZO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCIÓN	2	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias como se establece en Cronograma de Capacitación en lactancia Materna (Diseñar y establecer el espacio físico de lactancia materna,donde se invite a las madres a usarlo resltado laimportancia para la madre y el bebe)	1.1 Planeación cargada al drive 1.2 Acta de proceso con listados de asistencias en físico y digital, promocio en la unidad 2.3. Registro fotografico. 3.4 Participar en el concurso interno "Espacios creativos para fortalecer los vinculos de amor"	15%	30-3-23	✓		1.1: ok 1.2: ok 2.3: ok 3.4: ok
		2. Cualificación al Talento Humano, según Cronograma de estrategia IEC (Información Educación y Comunicación en SAN) Temas de Marzo: 2.1. Estrategia IEC 2.2. Socialización resultados del tamizaje nutricional 2.3. Para quien les hace falta :Socialización de BPM y plan de saneamiento básico	2.1 Planeación cargada al drive 2.2 Acta de proceso con listados de asistencias en físico y digital. 2.3 Registro Fotografico	10%	30-3-23	✓		2.1: ok 2.2: ok 2.3: ok
		3. Tamizaje a partinicpantes nuevos en el mes: son____	3.1. Formato F11 3.2. Formato borrador de tamizaje nutricional (formato APC)	5%	30-3-23			3.1: ok 3.2: ok
		4. Cargar a la plataforma Cuéntame los datos correspondientes a las tomas iniciales, de los _____ ingresos del mes.	4. Descargue del excel , generado en aplicativo CUENTAME, donde se encuentren filtrados los participantes ingresados	5%	30-3-23			4.0: ok
		5. Encuentros en el hogar, Priorizar riesgos de desnutrición, mujeres puerperio ,o condiones de salud especiales. minimo 9 al mes (niños y niñas) y e 100% de los puerperio	5.1 Cronograma de Visitas - Firma de las familias Visitadas (Formato APC) 5.2 Cartilla encuentro en el hogar que evidencie (planeación, desarrollo y registro fotográfico)	20%	30-3-23			5.1: ok 5.2: ok
		6. Seguimiento Nutricional a Casos (Desnutrición y Riesgo de desnutrición aguda)	**Casos Desnutrición:** 6.1. Correo electrónico EAPB 6.2. PQR a la EAPB 6.3. Remisión a la familia (Formato APC) 6.4. Seguimiento Nutricional (Formato APC) **Casos Riesgos de Desnutrición Aguda** 6.5. Matriz de seguimiento a casos 6.6. SEguimiento cartilla encuentros en el hogar	20%	30-3-23	✓		6.1: ok . 6.6: ok 6.2: ok 6.3: ok 6.4: ok 6.5: ok
		7. Informe nutricional de las 9 UAS delegadas	71. Documento de informe Primera Toma (Formato APC) 7.2. Propuesta de temas a trabajar de cuerdo al diagnostico nutricional, por grupo de atención., e Incluirlos en el cronograma de IEC por Grupo de Atención (Tres cronogramas)	10%	30-3-23			7.1: ok 7.2: ok
		8. Acompañar y apoyar la entrega de RFPP, Refrigerios y Blenestarina	**8.Formatos:** **8.1** Entrega de bienestarina, 8.2 Entrega de Refrigerios 8.3. Entrega de RFPP 8.4. Formato de Verificación de calidad y cantidad	10%	30-3-23	✓		8.1: ok 8.2: ok 8.3: ok 8.4: ok
		9. Informe de gestión mensual en el formato f8 cotractual y general de accioes	9. Formato de Informe – Enviado por Coordinación Drive	5%	30-3-23			9.0: ok
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Sara Marin Trejos
NOMBRE:	Sara Marin Trejos
C.C.	1.082.889.760

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Paloma Guzman
C.C.	40.443.431

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCION	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1082589760	SARA YULIETH MARIN TREJOS	Cl12c #71C-30 Interior 03 apto 102	3137651995	saramarintrejos@gmail.com	
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	I – 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)	NUMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-02	2023-02	I	09/03/2023	86163534	$577.700	

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 PENSION

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	800227940-6	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	800362790-3	20.500				20.500	0	0	20.500			205	20.500	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	244.400	244.400
Pensión	1	312.800	312.800
Riesgos Laborales	1	20.500	20.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	577.700	577.700

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1082889760	SARA YULIETH MARIN TREJOS	Cl12c #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.	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	09/03/2023	66163534	$577.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								REFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotiza	Pensión	Solidaridad	Subcuenta	Traslado	ING	SLN	IGE	LMA	VSP	VST	SLE	INT	ELE	CDP	MAT	SUS	RET	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cod. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cod. ARL	IBC ARL	Clase	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1082889760	MARIN TREJOS SARA YULIETH	59	0			N														231001	1.954.432	312.600	0	0	0	0	EPS005	1.954.432	244.400	14-11	1.954.432	2	20.500		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

BBVA

Pago exitoso

$577.700,00

08 Mar, 2023 -- 09:07 PM

Producto o servicio	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social **COMPENSAR-01**
Pagaste con	Cuenta de Ahorros **•1161**
Código de confirmación (CUS)	1960405858
IP	181.32.173.94

Ciudad: BOGOTA **Mes: MARZO** **Día: 30** **Año: 2023**

CUENTA DE COBRO No. 2

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A: SINDY PAOLA PLATA NIETO

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. DIMF KENNEDY-CON028

NOMBRE: SINDY PAOLA PLATA NIETO
CEDULA: 52.762.693
CUENTA BANCARIA: 212220339 **BANCO: BOGOTA AHORRO _X_ CORRIENTE ___**
LA SUMA DE: ($3.062.400) TRES MILLONES SESENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS PESOS M/Cte.
PERIODO: FASE DE ATENCION MARZO

CONCEPTO: NUTRICIONISTA DIMF KENNEDY - 200 CUPOS NUMERO DE CTO # 1100532023

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
Coordinadora
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
CORREO: SP795@HOTMAIL.COM
DR. KR81 C 55 75 SUR
TELEFONO: 3152314030

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 # 11005322023

PROGRAMA	OIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	Paola Plata
CARGO	NUTRICIONISTA
PERIODO y FECHA	MARZO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCIÓN	2	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias como se establece en Cronograma de Capacitación en lactancia Materna (Diseñar y establecer el espacio físico de lactancia materna,donde se invite a las madres a usarlo resltado laimportancia para la madre y el bebe)	1.1 Planeación cargada al drive 1.2 Acta de proceso con listados de asistencias en físico y digital, promocio en la unidad 2.3. Registro fotografico. 3.4 Participar en el concurso interno "Espacios creativos para fortalecer los vinculos de amor"	15%	30-3-23	✓		1.1: OK 1.2: OK 2.3: OK 3.4: OK
		2. Cualificación al Talento Humano, según Cronograma de estrategia IEC (Información Educación y Comunicación en SAN) Temas de Marzo: 2.1. Estrategia IEC 2.2. Socialización resultados del tamizaje nutricional 2.3. Para quien les hace falta :Socialización de BPM y plan de saneamiento básico	2.1 Planeación cargada al drive 2.2 Acta de proceso con listados de asistencias en físico y digital. 2.3 Registro Fotografico	10%	30-3-23	✓		2.1: OK 2.2: OK 2.3: OK
		3. Tamizaje a partinicpantes nuevos en el mes: son_____	3.1. Formato F11 3.2. Formato borrador de tamizaje nutricional (formato APC)	5%	30-3-23	✓		3.1: OK 3.2: OK
		4. Cargar a la plataforma Cuéntame los datos correspondientes a las tomas iniciales, de los _____ ingresos del mes.	4. Descargue del excel , generado en aplicativo CUENTAME, donde se encuentren filtrados los participantes ingresados	5%	30-3-23	✓		4: OK
		5. Encuentros en el hogar, Priorizar riesgos de desnutrición, mujeres puerperio ,o condicones de salud especiales. minimo 9 al mes (niños y niñas) y e 100% de los puerperio	5.1 Cronograma de Visitas - Firma de las familias Visitadas (Formato APC) 5.2 Cartilla encuentro en el hogar que evidencie (planeación, desarrollo y registro fotográfico)	20%	30-3-23	✓		
		6. Seguimiento Nutricional a Casos (Desnutrición y Riesgo de desnutrición aguda)	**Casos Desnutrición:** 6.1. Correo electrónico EAPB 6.2. PQR a la EAPB 6.3. Remisión a la familia (Formato APC) 6.4. Seguimiento Nutricional (Formato APC) **Casos Riesgos de Desnutrición Aguda** 6.5. Matriz de seguimiento a casos 6.6. SEguimiento cartilla encuentros en el hogar	20%	30-3-23	✓		6.1: OK 6.2: OK 6.3: OK 6.4: OK 6.5: OK 6.6: OK
		7. Informe nutricional de las 9 UAS delegadas	7.1. Documento de informe Primera Toma (Formato APC) 7.2. Propuesta de temas a trabajar de cuerdo al diagnostico nutricional, por grupo de atención., e incluirlos en el cronograma de IEC por Grupo de Atención. (Tres cronogramas)	10%	30-3-23	✓		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 8.4. Formato de Verificación de calidad y cantidad	10%	30-3-23	✓		8.1: OK 8.2: OK 8.3: OK 8.4: OK
		9. Informe de gestión mensual en el formato f8 cotractual y general de accioes	9. Formato de Informe – Enviado por Coordinación Drive	5%	30-3-23	✓		9: OK
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Paola Plata
NOMBRE:	Paola Plata Nieto
C.C.	52.762.693.

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Fatima Guzman
C.C.	40.443.437

4 Abril

aportes en línea

Resumen de Pago por Administradora

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52762693		PLATA NIETO SINDY PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 81C 55 75 SIR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7229526	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-03	2023-03	1983965366	9447990725	I	2023/04/25	2023/03/23	BANCOLOMBIA	0	$522,400

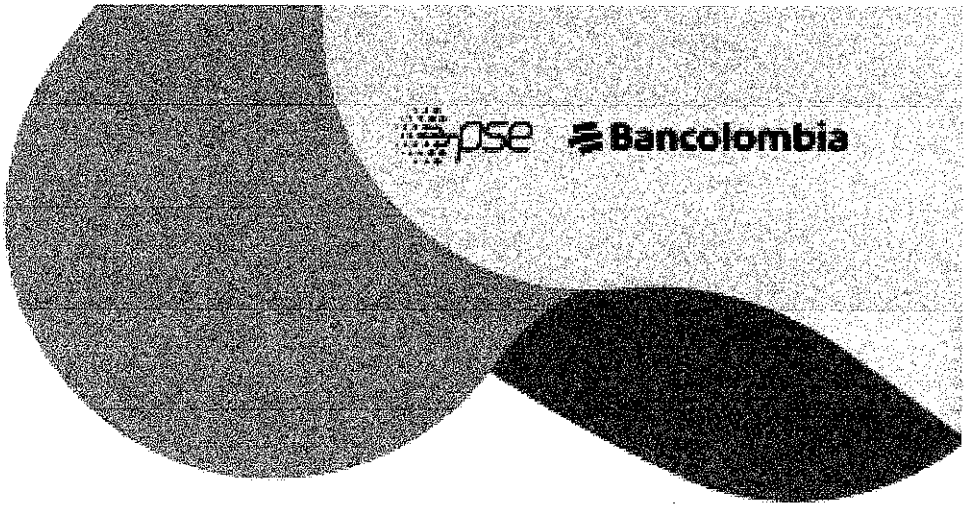
RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$288,000	$0	$0	$288,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$288,000	$0	$0	$288,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,400	$0	$0	$9,400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$9,400	$0	$0	$9,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$225,000	$0	$0	$225,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$225,000	$0	$0	$225,000
TOTAL				1	$522,400	$0	$0	$522,400

2023/03/22 06:33 PM

Comprobante

de pago en línea



APORTES EN LINEA

Pago realizado por: SINDY PAOLA PLATA NIETO

Nro. de recibo: 9447990725

Descripción del pago: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9447990725

Identificación del contribuyente: 201.221.172.255

Concepto: CC

Razón Social: 52762693

Fecha y hora de la transacción: Miércoles 22 de Marzo de 2023 06:32:22 PM

Nro. de comprobante: 0000043286

Valor pagado: $ 522,400.00

Cuenta: *******2641

Bancolombia S.A.

Comuníquese con nuestra Sucursal Telefónica Bancolombia: Bogotá 343 0000 - Medellín 510 9000 - Cali 554 0505 - Barranquilla 361 8888 - Cartagena 693 4400 - Bucaramanga 697 2525 - Pereira 340 1213 - El resto del país 01 800 09 12345 - Sucursales Telefónicas en el exterior: España 900 995 717 - Estados Unidos 1866 379 9714, en caso de recibir una alerta o notificación de una transacción que presenta alguna irregularidad.

Bancolombia nunca le solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com

Ciudad: Bogotá DC **Mes:** Marzo **Día:** 30 **Año:** 2023

CUENTA DE COBRO No. 2

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A: ALISSON JULIETH GONGORA ARIAS

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: ($1.969.612) Un Millón Novecientos Sesenta y Nueve Mil seiscientos Doce pesos M/Cte
PERIODO: Fase de Atención Marzo

CONCEPTO: APOYO PEDAGOGICO DIMF KENNEDY UNIDAD TRIUNFADORAS CON 50 CUPOS, NUMERO DE 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:

Yolima Guzmán Fajardo
Coordinador
C.C. 40.441.431

Aprobado por:

Ana Rocio Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

ALISSON GONGORA ARIAS
NOMBRE: Alisson Julieth Gongora Arias
C.C. 1.030.647.308
CORREO: Alissonjulieta06@gmail.com
DR. Carrera 93 # 40-21 sur / 3005584646

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 # 11005322023

PROGRAMA:	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE:	ALISSON GONGORA
CARGO:	APOYO PEDAGOGICO UDS
PERIODO y FECHA	MARZO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	APOYO PEDAGOGIO : FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION MARZO	2	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales	1.1 Planeación Grupal, mínimo de dos encuentros,durante el mes (Formato ICBF) 1.2 Cartilla digital y unicamente las hojas 1, 9 y 10 diligenciadas donde termina el listado de la practica 16	20%	30-3-23	✓		1.1:ok 1.2:ok
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF	2.1. Planeación Encuentro en el hogar (1) (cargada al drive correspondiente) 2.2 Cronograma de Visitas, con las respectias Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/0 ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente. 2.3 Cartilla digital y unicamente las hojas 1, 5, 6, 7 y 8 diligenciadas donde termina el listado de practicas (Se realizan en Físico y se escanean para la cartilla)	20%	30-3-23	✓		2.1:ok 2.2:ok 2.3:ok
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en fisico como en drive (50)	3.1 Seguimiento mediante la **lista de chequeo** de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante	20%	30-3-23	✓		3.1:ok
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento	6.1 Apoyar en el seguimiento de novedades 2 por grupo de atencion	10%	30-3-23	✓		6.1:ok
		7. Formato de ficha de caracterización de practicas y acciones f7	7.1 3 Apoyar en los Archivosde excel de practicas (1 x UA)	30%	30-3-23	✓		7.1:ok
		TOTAL		100%				

FIRMA CONTRATISTA	ALISSON GONGORA
NOMBRE:	ALISSON GONGORA
C.C.	1030647308

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Yolima Guzman
C.C.	1(0.443.43)

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2023-03-13, 09:55:59 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1053328438

Periodo Cotización: febrero de 2023 **Periodo Servicio:** febrero de 2023 **Referencia pago (PIN):** 8845131350

PAGADO 13/03/2023

DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ALISSON JULIETH GONGORA ARIAS		
Documento	CC1030647308	**Dirección**	CRA 93 40 21 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3005584646
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Mineducio	Total
1030647308	ALISSON JULIETH GONGORA ARIAS	59	00	X																0	24	24	24	0	(230201) PROTECCION	$ 928.000	$ 148.500	(EPS005) EPS SANITAS	$ 928.000	$ 116.000	0,522	$ 928.000	$ 4.900	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 269.400

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 928.000	$ 928.000	$ 928.000	$ 0	$ 148.500	$ 116.000	$ 4.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 269.400	$ 3.400	$ 272.800

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 86 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.



¡Hola, Alisson Góngora

Gracias por utilizar los servicios de MEQUI y PSE, los siguientes son los datos de tu transacción:

Estado de la Transacción: Aprobada
CUS: 19018885330
Empresa: SISTEMA INTEGRADO MULTIPLE DE PAGOS ELECTRONICOS S
Descripción: 10306JT508
Valor de la Transacción: $ 272.600
Fecha de Transacción: 19/03/2019

Ten en cuenta estos tips de seguridad

- Digita siempre manualmente la dirección del portal de tu Banco para asegurar que no estas 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.

ach

TransaccionesACH @ACH_Informa

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2023-04-04, 05:54:56 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1053836496 **Referencia pago(PIN)** 8840166990

Periodo Cotización 202303 **Periodo Servicio** 202303

Cliente:

PAGADA 2023-04-04 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ALISSON JULIETH GONGORA ARIAS				
Documento	CC 1030647308	**Dirección**	CRA 93 40 21 SUR		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3005584646		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1030647308		**Residente**		**Exonerado**	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					GONGORA ARIAS ALISSON JULIETH	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																				Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos						Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
X															0	30	30	30	0			$ 1.160.000	230201		16 %	$ 1.160.000	$ 185.600	$ 0	$ 0	EPS005		12,5 %	$ 1.160.000	$ 145.000	$ 0	14-11	1	0,522 %	$ 1.160.000	$ 6.100	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PROTECCION	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SANITAS	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 145.000	$ 6.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 336.700

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 -
¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

TRANSACCIÓN EXITOSA

Comprobante de la transacción

Referencia / PIN

8840166990

Periodo de cotización

202303

Numero aprobación (CUS)

2008096826

Banco

NEQUI

Valor pagado

$ 336.700

Fecha de pago

2023-04-04 17:47:04

Respuesta

¡Tu pago fue aprobado!

Descargar Comprobante

VOLVER

NUEVO PAGO

Ciudad: Bogotá **Mes: Marzo** **Día: 30** **Año: 2023**

CUENTA DE COBRO No. 2

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A: BLANCA JASBLEIDY HERRERA RAMOS

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2023-DIMFKENNEDY-CON039

NOMBRE: Blanca Jasbleidy Herrera Ramos.
CEDULA: 1.023.901.666
CUENTA BANCARIA: 135255883 **BANCO: BOGOTA AHORRO _X_ CORRIENTE ___**
LA SUMA DE: ($1'969.612**)** Un Millón Novecientos Sesenta y Nueve Mil seiscientos Doce pesos M/Cte
PERIODO: Fase de Atención Marzo

CONCEPTO: APOYO PEDAGOGICO DIMF KENNEDY UNIDAD GRAN BRITALIA CON 50 CUPOS, NUMERO DE 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:

Yolima Guzmán Fajardo
Coordinador
C.C. 40.443.431

Aprobado por:

Ana Rocio Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Jasbleidy Herrera
NOMBRE: Jasbleidy Herrera Ramos
C.C. 1.023.901.666
CORREO:jasbleidye@hotmail.com
DR. Carrera 11 b este # 54 29 sur
TELEFONO: 3213087045

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 # 11005322023

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	Jasbleidy Herrera
CARGO	APOYO PEDAGOGICO UDS
PERIODO y FECHA	MARZO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	APOYO PEDAGOGIO : FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION MARZO	2	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales	1.1 Planeación Grupal, mínimo de dos encuentros,durante el mes (Formato ICBF) 1.2 Cartilla digital y unicamente las hojas 1, 9 y 10 diligenciadas donde termina el listado de la practica 16	20%	30-3-23	✓		1.1:Ok 1.2:Ok
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF	2.1. Planeación Encuentro en el hogar (1) (cargada al drive correspondiente) 2.2 Cronograma de Visitas, con las respectias Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/0 ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente. 2.3 Cartilla digital y unicamente las hojas 1, 5, 6, 7 y 8 diligenciadas donde termina el listado de practicas (Se realizan en Fisico y se escanean para la cartilla)	20%	30-3-23	✓		2.1:Ok 2.2:Ok 2.3:Ok
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en fisico como en drive (50)	3.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante	20%	30-3-23	✓		3.1:Ok
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento	6.1 Apoyar en el seguimiento de novedades 2 por grupo de atencion	10%	30-3-23	✓		6.1:Ok
		7. Formato de ficha de caracterización de practicas y acciones f7	7.1 3 Apoyar en los Archivosde excel de practicas (1 x UA)	30%	30-3-23	✓		7.1:Ok
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Jasbleidy Herrera
NOMBRE:	Jasbleidy Herrera
C.C.	1023901666

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Yolma Carmona
C.C.	40.443.163

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1023901666	BLANCA JASBLEIDY HERRERA RAMOS	cra 11 b este n 54 a 29 sur	3657691	jasbleidya@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2023-02	2023-02	I	13/03/2023	65853650	TOTAL A PAGAR	
					$336.700	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	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
230301	Porvenir	800224808-8	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	800903790-5	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

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



¡Hola, Cliente Claro

Gracias por utilizar los servicios de BANCO DE BOGOTA y PSE.
los siguientes son los datos de tu transacción:

Estado de la Transacción: Aprobada
CUS: 1965473356
Empresa: COMPENSAR-OI
Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Valor de la Transacción: $ 336.700
Fecha de Transacción: 11/03/2023

Ciudad: Bogotá **Mes:** Marzo **Día:** 30 **Año:** 2023

CUENTA DE COBRO No. 2

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A: CLAUDIA PATRICIA RAQUEL BUITRAGO CARO

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2023-DIMFKENNEDY CON038

NOMBRE: CLAUDIA PATRICIA RAQUEL BUITRAGO CARO
No CEDULA: 53.093.373
CUENTA BANCARIA: 075611343 BANCO: BOGOTA AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: ($1'969.612) Un millón novecientos sesenta y nueve mil seiscientos doce pesos M/cte.
PERIODO: Fase de Atención Marzo

CONCEPTO: APOYO PEDAGOGICO DIMF KENNEDY UNIDAD GRAN BRITALIA CON 50 CUPOS NUMERO 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 _____ CC: _____

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 Guzmán Fajardo
Coordinador
C.C. 40.441.431

Aprobado por:

Ana Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Claudia Patricia Raquel Buitrago Caro.

NOMBRE: Claudia Patricia Raquel Buitrago Caro
C.C. 53.093.373
CORREO:Patty.pb45@gmail.com
DR. CLL 70A # 45C - 10 sur
TELEFONO:3114819477

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 # 11005322023

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	Claudia Patricia Buitrago
CARGO	APOYO PEDAGOGICO UDS
PERIODO y FECHA	MARZO

					APOYO PEDAGOGIO :			
FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION MARZO	2	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales	1.1 Planeación Grupal, minimo de dos encuentros,durante el mes (Formato ICBF) 1.2 Cartilla digital y unicamente las hojas 1, 9 y 10 diligenciadas donde termina el listado de la practica 16	20%	30-3-23	✓		1.1. Ok 1.2. Ok
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de minimo 60 minutos de formación (DIMF	2.1. Planeación Encuentro en el hogar (1) (cargada al drive correspondiente) 2.2 Cronograma de Visittas, con las respectias Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/0 ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente. 2.3 Cartilla digital y unicamente las hojas 1, 5, 6, 7 y 8 diligenciadas donde termina el listado de practicas (Se realizan en Físico y se escanean para la cartilla)	20%	30-3-23	✓		2.1. Ok 2.2. Ok 2.3. Ok
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en fisico como en drive (50)	3.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante	20%	30-3-23	✓		3.1. Ok
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento	6.1 Apoyar en el seguimiento de novedades 2 por grupo de atencion	10%	30-3-23	✓		6.1. Ok 7.0. Ok
		7. Formato de ficha de caracteriación de practicas y acciones f7	7.1 3 Apoyar en los Archivosde excel de practicas (1 x UA)	30%	30-3-23	✓		7.1. Ok
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Claudia Patricia Buitrago
NOMBRE:	Claudia Patricia Buitrago
C.C.	53.093.333

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Yolima Guzman
C.C.	40.443.43

CI nica

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	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-02	2023-02	21093532	9447765433	1	2023/03/16	2023/03/13	BANCO DE OCCIDENTE	0	$336,700

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	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$6,100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$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			$0	$0			$1,160,000	$6,100		$0	$0
1	CC	53093373 BUITRAGO CLAUDIA	231001	30	$1,160,000	$185,600	EPS005	30	$1,160,000	$145,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,160,000	$6,100	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$6,100		$0	$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

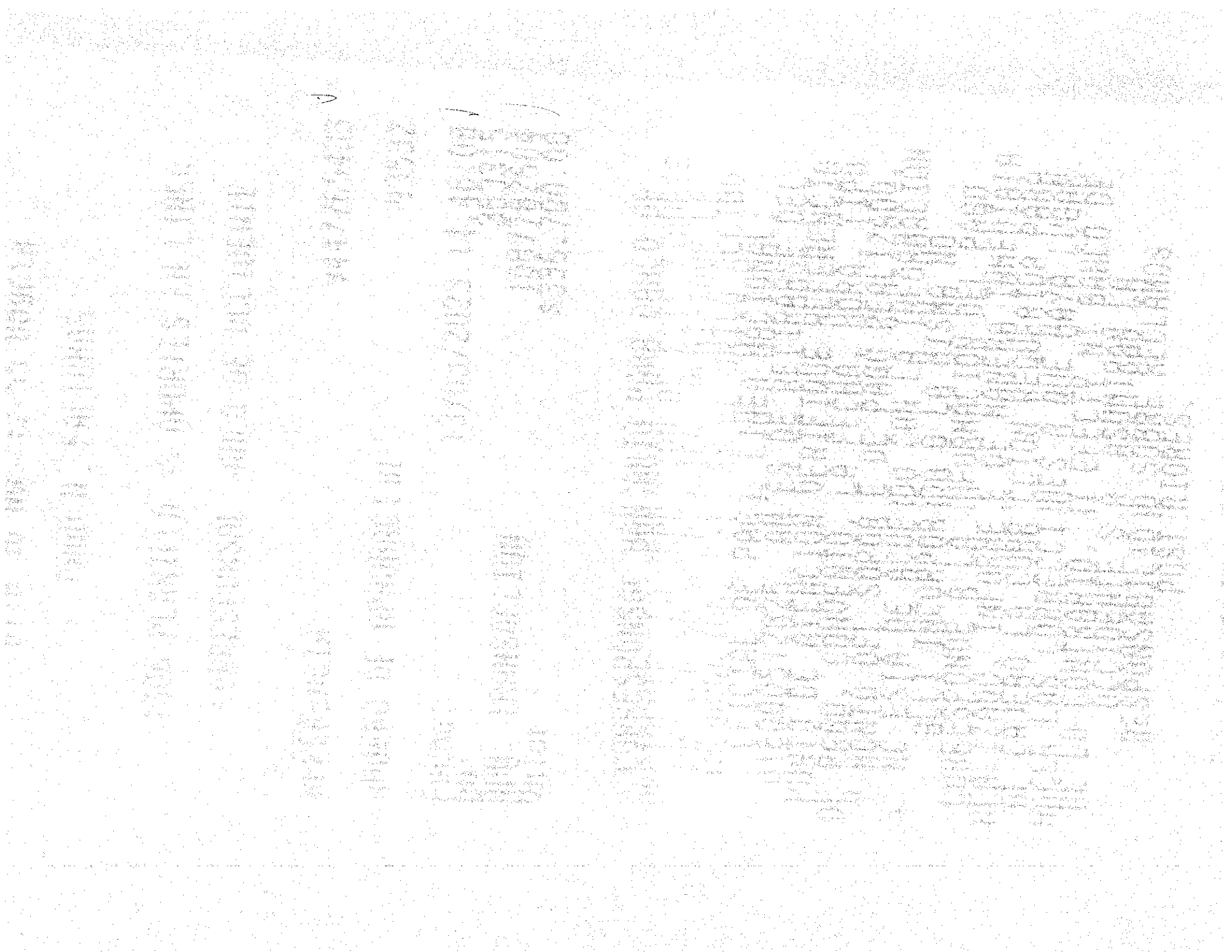
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 53093373		BUITRAGO CARO CLAUDIA PATRICIA RAQUEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 70a n45-20	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3114819477	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-02	2023-02	21093532	9447765433	I	2023/03/16	2023/03/13	BANCO DE OCCIDENTE	0	$336,700

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
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$145,000	$0	$0	$145,000
TOTAL				1	$336,700	$0	$0	$336,700



Ciudad: BOGOTA D.C **Mes: Marzo** **Día: 30** **Año: 2023**

CUENTA DE COBRO No. 2

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A: JAIMMY LORENA AYALA URBANO

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: ($1.969.612) Un Millón Novecientos Sesenta y Nueve Mil Seiscientos Doce pesos M/Cte.
PERIODO: Fase de Atención Marzo

CONCEPTO: APOYO PEDAGOGICO DIMF KENNEDY UNIDAD GRAN BRITALIA CON 50 CUPOS, NUMERO DE 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:

Yolima Guzmán Fajardo
Coordinador
C.C. 40.443.431

Aprobado por:

Ana Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Jaimmy lorena Ayala U.

NOMBRE: JAIMMY LORENA AYALA URBANO
C.C. 1.010.222.197
CORREO: lorena-ayala@outlook.com
DR. CALLE 85 A SUR 80 K 11
TELEFONO: 3203439331

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 # 11005322023

PROGRAMA:	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE:	Jaimmy Lorena Ayala
CARGO:	APOYO PEDAGOGICO UDS
PERIODO y FECHA	MARZO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	APOYO PEDAGOGIO : FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION MARZO	2	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales	1.1 Planeación Grupal, mínimo de dos encuentros,durante el mes (Formato ICBF) 1.2 Cartilla digital y unicamente las hojas 1, 9 y 10 diligenciadas donde termina el listado de la practica 16	20%	30-3-23	✓		1.1:ok 1.2:ok
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF	2.1. Planeación Encuentro en el hogar (1) (cargada al drive correspondiente) 2.2 Cronograma de Visitas, con las respectias Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/0 ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente. 2.3 Cartilla digital y unicamente las hojas 1, 5, 6, 7 y 8 diligenciadas donde termina el listado de practicas (Se realizan en Fisico y se escanean para la cartilla)	20%	30-3-23	✓		2.1:ok 2.2:ok 2.3:ok
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en fisico como en drive (50)	3.1 Seguimiento mediante la **lista de chequeo** de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante	20%	30-3-23	✓		3.1:ok
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento	6.1 Apoyar en el seguimiento de novedades 2 por grupo de atencion	10%	30-3-23	✓		6.1:ok
		7. Formato de ficha de caracteriación de practicas y acciones f7	7.1 3 Apoyar en los Archivosde excel de practicas (1 x UA)	30%	30-3-23	✓		7.1:ok
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Jaimmy Lorena Ayala
NOMBRE:	Lorena Ayala Urbano
C.C.	1010222197

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Liliana Bermeo
C.C.	40.443.431

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1010222197	JAIMMY LORENA AYALA URBANO	calle 85 a sur 80 k 11	3046805551	lorena-ayala@outlook.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I -- 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	
2023-03	2023-03	I	10/03/2023	86218894	$336.700	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	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
230301	Porvenir	800224808-8	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	830903790-5	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

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1010222197	JAIMMY LORENA AYALA URBANO		calle 85 a sur 80 k 11	3046805551	lorena-ayala@outlook.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – 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	
2023-03	2023-03	I	10/03/2023	66218894	$336.700	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Desacred	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	CET	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	1010222197	AYALA URBANO JAIMMY LORENA	57	0			N																	230301	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS008	1.160.000	145.000	14-11	1.160.000	1	6.100		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

serviciopse@achcolomb... lo mar.

lorena-ayala@outlook.com



¡Hola, Jaimmy Lorena ayala urbano

Gracias por utilizar los servicios de BANCO DE BOGOTA y PSE. los siguientes son los datos de su transacción:

Estado de la Transacción: Aprobada
CUS: 156257410
Empresa: COMPENSAR-01
Descripción: MiPlantilla.com Pago Protección Social
Valor de la Transacción: $ 306.700
Fecha de Transacción: 10/03/2023

Ten en cuenta estos tips de seguridad

- Digita siempre manualmente la dirección del portal de tu Banco para asegurar que no estas siendo redirigido a un sitio que suplanta a tu Entidad Financiera.
- Utiliza dispositivos de uso personal o confiable para realizar tus pagos.

Ciudad: Bogotá D.C **Mes: Marzo** **Día:30** **Año: 2023**

CUENTA DE COBRO No. 2

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A: JULIETH YESENIA BOLIVAR ALARCON

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. DIMKENNEDY-CON025

NOMBRE: JULIETH YESENIA BOLIVAR ALARCON
CEDULA: 1.030.671.785
CUENTA BANCARIA: 316437771 BANCO: BOGOTA AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE:($1.969.612) UN MILLON NOVECIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS DOCE PESOS M/Cte.
PERIODO: Fase de Atención Marzo

CONCEPTO: APOYO PEDAGOGICO DIMF KENNEDY UNIDAD GRAN BRITALIA CON 50 CUPOS, NUMERO DE 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 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:

Yolima Guzmán Fajardo
Coordinador
C.C. 40.441.431

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Yesenia Bolivar

NOMBRE: Julieth Yesenia Bolivar Alarcon
C.C. 1.030.671.785
DR: Carrera 100#38-38 sur
CORREO: juliethyeseniabolivaralarcon@gmail.com
TEL: 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 # 11005322023

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	Yesenia Bolivar
CARGO	APOYO PEDAGOGICO UDS
PERIODO y FECHA	MARZO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	APOYO PEDAGOGID : FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION MARZO	2	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales	1.1 Planeación Grupal, mínimo de dos encuentros,durante el mes (Formato ICBF) 1.2 Cartilla digital y unicamente las hojas 1, 9 y 10 diligenciadas donde termina el listado de la practica 16	20%	30-3-23	✓		1.1:OK 1.2:OK
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF	2.1. Planeación Encuentro en el hogar (1) (cargada al drive correspondiente) 2.2 Cronograma de Visittas, con las respectias Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/0 ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente. 2.3 Cartilla digital y unicamente las hojas 1, 5, 6, 7 y 8 diligenciadas donde termina el listado de practicas (Se realizan en Fisico y se escanean para la cartilla)	20%	30-3-23	✓		2.1:OK 2.2 OK 2.3:OK
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en fisico como en drive (50)	3.1 Seguimiento mediante la lista de chaqueo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante	20%	30-3-23	✓		3.1:OK
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento	6.1 Apoyar en el seguimiento de novedades 2 por grupo de atencion	10%	30-3-23	✓		6.1:OK
		7. Formato de ficha de caracteriación de practicas y acciones f7	7.1 3 Apoyar en los Archivosde excel de practicas (1 x UA)	30%	30-3-23	✓		7.1:OK
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Yesenia Bolivar
NOMBRE:	Yesenia Bolivar
C.C.	1.030.671.785

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Yolima Guzman
C.C.	40.443.431

EMPRESA EFECTIVO LTDA.
NIT.830.131.993-1
Calle 96 No. 12-55 Bogota

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 9356476549 DV: 368803

Cajero: MAPAFAMU

Cliente beneficiario:
113237 PLANILLAS AVAL Aportes en Linea
Arus Compensar Asopagos Simple Mi Plan

Fecha: 05/04/2023 08:22:17

PS Recaudador:
996092 BELLA VISTA PATIO BONITO

Cantidad cupones: 1

Nombre:	fsdsd
Apellido 1:	fsfdf
NUM PLANILLA:	8994606190
TIPO DE IDENTIFICACION:	CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO IDENTIFICACION:	1030671785
PERIODO:	202303
Referencia	Valor
8994606190	$336.700,00
Valor recibido:	$336.700,00
Forma de pago:	EFECTIVO

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario

Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.

Con la solicitud y aceptacion de mi parte, de la prestacion de este servicio, entiendase que manifiesto verbalmente mi autorizacion para el tratamiento de los datos personales que voluntariamente he entregado a Efectivo Ltda., Estos datos pueden ser utilizados unica y exclusivamente para la prestacion del servicio convenido.

Linea de servicio al cliente: (1) 6510101

servicioalcliente@efecty.com.co

EPS

sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **JULIETH YESENIA BOLIVAR ALARCON** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1030671785** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1030671785
NOMBRES Y APELLIDOS	JULIETH YESENIA BOLIVAR ALARCON
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/12/2020
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	3
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	3

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **10/04/2023**

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

EPS SURAMERICANA S.A

Medellín, Antioquia, Colombia. Líneas de atención: Barranquilla: 605 319 7901, **Cali:** 602 380 8941,

Medellín: 604 448 61 15, **Bogotá:** 601 448 7941

Línea Nacional: 01 8000 519 519

epssura.com

Powered by CamScanner

ARUS
Tecnología + información + Conocimiento

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2023-04-05, 02:02:42 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 62072772

Periodo Cotización: marzo de 2023 **Periodo Servicio:** marzo de 2023 **Referencia pago (PIN):** 8994606190

PAGADO 05/04/2023

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JULIETH YESENIA BOLIVAR ALARCON		
Documento	CC1030671785	**Dirección**	CR 100 #38 - 29
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	0
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	IRP	RET	RET p.	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1030671785	JULIETH YESENIA BOLIVAR ALARCON	57	00	X																0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.160.000	$ 185.600	(EPS010) EPS SURA	$ 1.160.000	$ 145.000	0.522	$ 1.160.000	$ 6.100	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 336.700

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.160.000	$ 1.160.000	$ 1.160.000	$ 0	$ 185.600	$ 145.000	$ 6.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 336.700	$ 0	$ 336.700

ARUS, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.

Antes de Imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

EXPERTOS en PILA

Ciudad: Bogotá D.C **Mes:** Marzo **Día:** 30 **Año:** 2023

CUENTA DE COBRO No. 2

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A: LINA FERNANDA ANGULO BENITEZ

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: ($1.969.612) UN MILLON NOVECIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS DOCE PESOS M/Cte.
PERIODO: Fase de Atención Marzo

CONCEPTO: APOYO PEDAGOGICO DIMF KENNEDY UNIDAD GRAN BRITALIA CON 50 CUPOS, NUMERO DE 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 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:

Yolima Guzman Fajardo
Coordinador
C.C. 40.441.431

Aprobado por:

Ana Rocio Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Lina Fernanda Angulo Benitez.
NOMBRE: Lina Fernanda Anglo Benitez
C.C. 1.022.999.801
DR. Calle 48# 80i- 72
CORREO: lfanglo92@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 # 11005322023

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	Lina Fernanda Angulo
CARGO	APOYO PEDAGOGICO UDS
PERIODO y FECHA	MARZO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	APOYO PEDAGOGIO : FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION MARZO	2	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales	1.1 Planeación Grupal, mínimo de dos encuentros,durante el mes (Formato ICBF) 1.2 Cartilla digital y unicamente las hojas 1, 9 y 10 diligenciadas donde termina el listado de la practica 16	20%	30-3-23	✓		1.1:ok 1.2:ok
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF	2.1. Planeación Encuentro en el hogar (1) (cargada al drive correspondiente) 2.2 Cronograma de Visitas, con las respectias Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/0 ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente. 2.3 Cartilla digital y unicamente las hojas 1, 5, 6, 7 y 8 diligenciadas donde termina el listado de practicas (Se realizan en Físico y se escanean para la cartilla)	20%	30-3-23	✓		2.1:ok 2.2:ok 2.3:ok
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en fisico como en drive (50)	3.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante	20%	30-3-23	✓		3.1
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento	6.1 Apoyar en el seguimiento de novedades 2 por grupo de atencion	10%	30-3-23	✓		6.1.
		7. Formato de ficha de caracterización de practicas y acciones f7	7.1 3 Apoyar en los Archivosde excel de practicas (1 x UA)	30%	30-3-23	✓		7.1:ok
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Lina Fernanda Angulo
NOMBRE:	Lina Fernanda Angulo
C.C.	1.022.999.801

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	YOLIMA GUZMAN
C.C.	40.443.437

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1022999801	LINA FERNANDA ANGULO BENITEZ	calle 48 # 80 i 72	3874549	lfangulo92@gmail.com	
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	
2023-03	2023-03	1	22/03/2023	66219835	$336.700	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	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
230301	Porvenir	800224808-9	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	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

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1022999801	LINA FERNANDA ANGULO BENITEZ		calle 48 # 80 i 72	3874549	lfangulo92@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – 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	
2023-03	2023-03	I	22/03/2023	66219836	$336.700	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cod.pais	Subtipo	Extranjero	Cotiza exterior	Ecuanedic	MO	INGT	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	1022999801	ANGULO BENITEZ LINA FERNANDA	57	0			N																	230301	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS008	1.160.000	145.000	14-11	1.160.000	1	6.100		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Banco de Bogotá

Comprobante de compra y pagos virtuales PSE

Pago exitoso

Número de autorización 803202

miércoles, 22 de marzo de 2023, 12:58:03 PM

Detalle

$336,700.00

Valor Pagado

IVA incluído:	$0.00
Pago a:	COMPENSAR-OI
Débito desde:	Cuenta de ahorros ******5292
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Fecha y hora inicio transacción	2023-03-22 12:56:44
NIT del comercio	9998600669427
Número de factura	66219835
Código Único de Seguimiento	1983283776
Dirección IP:	181.57.2.165
Referencia 1:	181.57.2.165
Referencia 2:	CC
Referencia 3:	1022999801

Ciudad: BOGOTA **Mes: Marzo** **Día:30** **Año: 2023**

CUENTA DE COBRO No. 2

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A: NIDIA MARCELA MENDIETA RAMIREZ

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: ($1.969.612) Un Millón Novecientos Sesenta y Nueve Mil Seiscientos Doce pesos M/Cte.
PERIODO: Fase de Atención Marzo

CONCEPTO: APOYO PEDAGOGICO DIMF KENNEDY UNIDAD GRAN BRITALIA CON 50 CUPOS, NUMERO DE 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:

Yolima Guzmán Fajardo
Coordinadora
C.C. 40.443.431

Aprobado por:

Ana Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Marcela Mendieta

NOMBRE: NIDIA MARCELA MENDIETA RAMIREZ
C.C. 52.904.447
CORREO: nidiamarcelamr@hotmail.com
DR. Carrera 86 c # 42 g 53 sur
TELEFONO: 310 8684963

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 # 11005322023

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	Marcela Mendieta
CARGO	APOYO PEDAGOGICO UDS
PERIODO y FECHA	MARZO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	APOYO PEDAGOGIO : CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION MARZO	2	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales	1.1 Planeación Grupal, minimo de dos encuentros,durante el mes (Formato ICBF) 1.2 Cartilla digital y unicamente las hojas 1, 9 y 10 diligenciadas donde termina el listado de la practica 16	20%	30-3-23	✓		1.1: ok 1.2: ok
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF	2.1. Planeación Encuentro en el hogar (1) (cargada al drive correspondiente) 2.2 Cronograma de Visitas, con las respectias Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/0 ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente. 2.3 Cartilla digital y unicamente las hojas 1, 5, 6, 7 y 8 diligenciadas donde termina el listado de practicas (Se realizan en Fisico y se escanean para la cartilla)	20%	30-3-23	✓		2.1: ok 2.2: ok 2.3: ok
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en fisico como en drive (50)	3.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante	20%	30-3-23	✓		3.1: ok
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de álgun documento	6.1 Apoyar en el seguimiento de novedades 2 por grupo de atencion	10%	30-3-23	✓		6.1: ok
		7. Formato de ficha de caracterización de practicas y acciones f7	7.1 3 Apoyar en los Archivosde excel de practicas (1 x UA)	30%	30-3-23	✓		7.1: ok
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Marcela Mendieta
NOMBRE:	Marcela Mendieta
C.C.	52.904.419

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Yolima Guzman
C.C.	40.443.431

4

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52904447	NIDIA MARCELA MENDIETA RAMIREZ		carrera 86 c # 42 g 53 sur	4521651	nidiamarcelamr@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – 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	
2023-03	2023-03	I	16/03/2023	86368852	$337.600	

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					
EPS017	Famisanar 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	800227940-6	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	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										

TOTALES CAJAS						
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	7.000	0	0	7.000	1

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	0	0	0
CCF	1	7.000	7.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	337.600	337.600

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52904447	NIDIA MARCELA MENDIETA RAMIREZ		carrera 86 c # 42 g 53 sur	4521651	nidiamarcelamr@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – 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	
2023-03	2023-03	I	16/03/2023	66368852	$337.600	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Pensionado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	52904447	MENDIETA RAMIREZ NIDIA MARCELA	3	0			N																	231001	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS017	1.160.000	145.000		0		0	CCF24	1.160.000	7.000	0	0	0	0	0

PAGADA

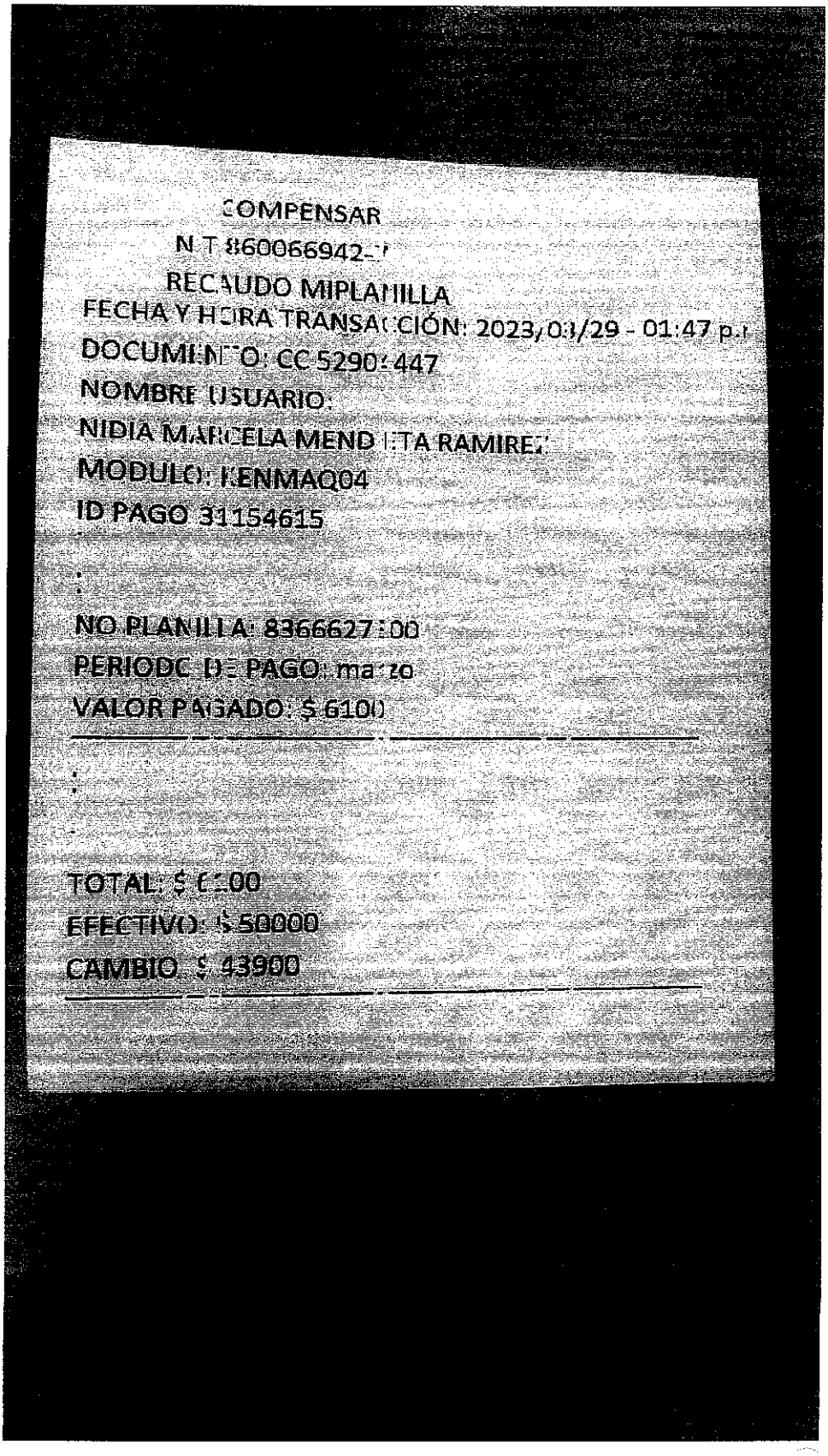
Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

16 Mar, 2023 -- 11:18 AM

BBVA net - Pago PSE

ESTIMADO CLIENTE,EL 2023-03-16 A LAS 11:18 REALIZASTE PAGO POR BOTON PSE COMPENSAR-OI POR $ 337,600.00 CON CUENTA TERMINADA EN XXX6789 POR BBVANET.BBVA

Se realizo el ajuste de la ARL se adjunta soporte



COMPENSAR
NIT 860066942-7
RECAUDO MIPLANILLA
FECHA Y HORA TRANSACCIÓN: 2023/03/29 - 01:47 p.m.
DOCUMENTO: CC 52904447
NOMBRE USUARIO:
NIDIA MARCELA MENDIETA RAMIREZ
MODULO: KENMAQ04
ID PAGO 31154615

NO PLANILLA: 8366627100
PERIODO DE PAGO: marzo
VALOR PAGADO: $ 6100

TOTAL: $ 6100
EFECTIVO: $ 50000
CAMBIO: $ 43900

Ciudad: Bogotá D,C **Mes: Marzo** **Día: 30** **Año: 2023**

CUENTA DE COBRO No. 3

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A: YISETH VANNESA ABRIL ROBAYO

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: ($ 2.298.100) Dos Millones Doscientos Noventa y Ocho Mil Cien pesos M/Cte.
PERIODO: Fase de Atención Marzo

CONCEPTO: APOYO ADMINISTRATIVO DIMF KENNEDY CON 350 CUPOS, NUMERO DE 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: ($ 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:

Yolima Guzmán Fajardo
Coordinador
C.C. 40.443.431

Aprobado por:

Ana Rocio Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Vannesa Abril.R.

NOMBRE: Yiseth Vannesa Abril Robayo
C.C. 1.024.547.299
DR. Carera 71 # 62 a – 25 sur
TELEFONO: 3115150959
CORREO: yisethv1219@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 # 11005322023

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	Vanessa Abril Robayo
CARGO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO
PERIODO y FECHA	MARZO

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. Actualización Drive de las Hojas de vida, con las novedades del mes 1.2. Matriz de Talento Humano Actualizada 1.3. Verificación de Polizas, Talento Humano Nuevo. 1.4. Verificación de afiliación de Seguridad Social, Talento Humano Nuevo	5%	30-3-23	✓		1.1: ok 1.2: ok 1.3: ok 1.4: ok
		2. Manejo, registro e informe de plataforma CUENTAME **Nota aclaratoria:** No se puede egresar participantes de febrero sin la toma de talla y peso.	2.1. Cargue de :Participantes Nuevos _____ de la UDS delegada 2.2 Cargue de Talento Humano Nuevo _____de la UDS delegada. 2.3. Cargue de las formaciones de los participantes, 100% participantes	20%	30-3-23	✓		2.1: ok 2.2: ok 2.3: ok
		3. Sistematización de la informacion relacionada con los participantes.	3.1. Directorio de los participantes actualizado de la UDS delegada, Mes de MArzo 3.2. Actualización de formatos RAM, Refrigerios, Bienestarina y entregada de RPP	10%	30-3-23	✓		3.1: ok 3.2: ok
		4. Organizar el archivo fisico y garantizar la Seguridad de la Información de los participantes	4.1. Archivo fisico de la UDS delegada (Oficios de gestión, actas de equipo, en el marco de los componentes) 4.2. Carpetas de los participantes vinculados a la UDS._____ Participantes.	10%	30-3-23	✓		4.1: ok 4.2: ok
		5. Construcción de la nómina recepcion 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%	30-3-23	✓		5.1 ok 5.2: ok
		6. Organización de formatos y material requerido para la operación del programa.	6.1. SEguimiento, 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, (Matriales y Dotación)	10%	30-3-23	✓		6.1: ok 6.2: ok 6.3: ok 6.4: ok
		7. Solicitud de Refrigerios, Semanal	7.1. Consolidado en el mes	10%	30-3-23	✓		7.1: ok
		8. Organización de formatos requeridos para la solicitud de AAVN	8.1 Kardex de entrada y salida de alimentos AAVN	5%				8.1: ok
		9. Custodia y control de los equipos de computo e impresión.	9.1.Relación de fotocopiado e impresiones	5%	30-3-23	✓		9.1: ok
		9.Inventarios 2023	91.Realizar la consolidación y actualización de los inventarios en el excell correspondiente. 9.2. Inventario de equipos Audiovisuales. 9.3. Inventario ICBF 9. 4 Inventario APC	5%	30-3-23	✓		9.1:ok 9.2: ok 9.3: ok 9.4: ok
		10. Organización y relación de servicios públicos.	10.1 Formato de relación servicios públicos. 10. 2 Organización AZ con los servicios correspondientes a la UDS.	5%	30-3-23			10.1: ok 10.2: ok
		11. Relacionar caja menor	11.1 Realizar y consolidar reintegro de caja menor.	5%		✓		11.1 ok
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	Vanessa Abril Robayo
C.C.	1.024.547.299

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Yolma Carmen
C.C.	40.1443.143

Abril

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1024547299	YISETH VANNESA ABRIL ROBAYO		CARRERA 71 # 62 A 25 SUR	4863217	yisethv1219@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I -- Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-02	2023-02	I	03/03/2023	65901134	$336.700	

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					
EPS017	Famisanar 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	800227940-8	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	860903790-5	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

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1024547299	YISETH VANNESA ABRIL ROBAYO	CARRERA 71 # 62 A 25 SUR	4653217	ylsethv1219@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2023-02	2023-02	I	03/03/2023	65901134	TOTAL A PAGAR	
					$336.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiz. exterior	Extranjero	IGE	IRT	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1024547299	ABRIL ROBAYO YISETH VANNESA	57	0			N				I												231001	1.160.000	165.600	0	0	0	0	EPS017	1.160.000	145.000	14-11	1.160.000	1	9.100		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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



¡Hola, Yiseth Vannesa Abril Robayo

Gracias por utilizar los servicios de NEQUI y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:

Estado de la Transacción: Aprobada
CUS: 1950215524
Empresa: COMPENSAR-OI
Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Valor de la Transacción: $ 336.700
Fecha de Transacción: 03/03/2023

Ten en cuenta estos tips de seguridad

- Digita siempre manualmente la dirección del portal de tu Banco para asegurar que no estas siendo redirigido a un sitio que su a tu Entidad Financiera.
- Utiliza dispositivos de uso personal o confiable para realizar tus pagos.
- Procura cambiar tus contraseñas bancarias frecuentemente.