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

# TALENTO HUMANO

# FASE DE ATENCION

# MAYO 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 Mayo 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 |
| Carolina Garcia Bolaños | CC | 53.016.459 | Agentes Educativos Mt-P1 | Documento Soporte | Cuenta de Cobro | | Talento Humano | | $ - | $ - |
| 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 |
| Melissa Altamar Noguera | CC | 1.143.119.647 | 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 Pedagogico | Documento Soporte | Cuenta de Cobro | | Talento Humano | $ 1.969.612 | $ 19.026 | $ 1.950.586 |
| Luz Marina Diaz Corredor | CC | 51.746.897 | Apoyo Pedagogico | 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 Pedagogico | Documento Soporte | Cuenta de Cobro | | Talento Humano | $ 1.969.612 | $ 19.026 | $ 1.950.586 |
| Martha Cecilia Garzon | CC | 51.930.289 | Apoyo Pedagogico | 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 Pedagogico | Documento Soporte | Cuenta de Cobro | | Talento Humano | $ 1.969.612 | $ 19.026 | $ 1.950.586 |
| Yulieth Natalia Muñoz Zamora | CC | 1.032.492.656 | Apoyo Pedagogico | Documento Soporte | Cuenta de Cobro | | Talento Humano | $ 1.969.612 | $ 19.026 | $ 1.950.586 |
| Angie Daniela Quiñones Hernandez | CC | 1.001.340.480 | Apoyo Administrativo | Documento Soporte | Cuenta de Cobro | | Talento Humano | $ 1.181.767 | $ 11.416 | $ 1.170.351 |
| Camila Alexandra Suarez Florez | CC | 1.023.893.980 | Apoyo Administrativo | Documento Soporte | Cuenta de Cobro | | Talento Humano | $ 787.844 | $ 7.611 | $ 780.233 |
| 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 |
| Maria Alejandra Duran Ortiz | CC | 1.099.894.901 | 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 |
| 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 |
| Maria Camila Acevedo Duran | CC | 1.095.928.344 | 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 |
| Blanca Jasbleidy Herrera | CC | 1.023.901.666 | Apoyo Pedagogico | Documento Soporte | Cuenta de Cobro | | Talento Humano | $ 1.969.612 | $ 19.026 | $ 1.950.586 |
| Claudia Patricia Buitrago Caro | CC | 53.093.373 | Apoyo Pedagogico | 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 Pedagogico | 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 Pedagogico | 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 Pedagogico | Documento Soporte | Cuenta de Cobro | | Talento Humano | $ 1.969.612 | $ 19.026 | $ 1.950.586 |
| Nidia Marcela Mendieta Ramirez | CC | 52.904.447 | Apoyo Pedagogico | Documento Soporte | Cuenta de Cobro | | Talento Humano | $ 1.969.612 | $ 19.026 | $ 1.950.586 |
| Nohora Rosalba Rojas Medina | CC | 51.814.455 | Apoyo Pedagogico | Documento Soporte | Cuenta de Cobro | | Talento Humano | $ 1.969.612 | $ 19.026 | $ 1.950.586 |
| Julieth Tatiana Muñoz Moreno | CC | 1.000.021.007 | Apoyo Administrativo | Documento Soporte | Cuenta de Cobro | | Talento Humano | $ 995.843 | $ 9.620 | $ 986.223 |
| Yiseth Vannesa Abril Robayo | CC | 1.024.547.299 | Apoyo Administrativo | Documento Soporte | Cuenta de Cobro | | Talento Humano | $ 1.302.257 | $ 12.580 | $ 1.289.677 |
| **TOTAL** | | | | | | | | **$ 83.665.710** | **$ 808.211** | **$ 82.857.499** |

| | | |
|---|---|---|
| **PRESUPUESTO** | $ | 85.963.250 |
| DIFERENCIA | -$ | 2.297.540 |

Ciudad: Bogotá Mes: Mayo Día: 30 Año: 2023

**CUENTA DE COBRO No. 04**

**ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA**
**NIT 830.107.985-1**

**DEBE A:** EMILCE ROJAS AGUILAR

**CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS**
**No. APC2023-DIMF KENNEDY-CON002**

**NOMBRE:** EMILCE ROJAS AGUILAR
**CEDULA**: 52.278.676
**CUENTA BANCARIA:060374899 BANCO:** BOGOTA **AHORRO _X_ CORRIENTE ___**
**LA SUMA DE: ($3.258.600)** TRES MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS PESOS M/Cte.
**PERIODO:** Fase de Atención Mayo

**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 s
C.C. 52.989.879

Aprobado por:

Ana Rocio Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C.52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: Emilce Rojas Aguilar
C.C. 52.278.676
Correo: emilcerojasts@gmail.com
Dirección: CRA 73 d #35c17 sur
Teléfono: 3213231356

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 | DIME GESTANDO FUTURO SUBA |
| NOMBRE | EMILCE ROJAS AGUILAR |
| CARGO | COORDINADOR |
| PERIODO y FECHA | MAYO |

| FASE | PAGO No | PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES | FUENTES DE VERIFICACIÓN | PORCENTAJE | FECHA DE REVISION | CUMPLE | NO CUMPLE | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ATENCIÓN MAYO | 4 | 1. Informe Técnico, que de cuenta de la ejecución de cada uno de los componentes en el primer mes de Atención | 1.1 Formato t8 contractual (U. entre todos, descuento a lo delegado Casilla Amarilla)<br>1.2. Organización Drive x Unidad con los estandares del Contractual y cargar los soportes Existentes.<br>1.3 Formato t8 Acciones (U. Gina)<br>1.4 Formato Word, Seguimiento y monitoreo Duplas (Maximo 1 hoja), libre construcción<br>3ra Semana de cada Mes | 20% | 1.1 ok<br>1.2 ok<br>1.3 ok<br>1.4 ok | | | |
| | | 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% | 2.1 ok | | | |
| | | 3. Organizar, Monitorear e informar las especificaciones de la cobertura y población a atender | 3.1 Formato Certificación de Cobertura (U. Andres - Yolima)<br>3.2 Formato población Migrante (U. Ledys - Emilce)<br>3.3 Formato Desplazados (U. Ledys - Emilce)<br>3.4. Formato Metas Sociales (U. Margarita - Yolima) | 10% | 3.1 ok<br>3.2 ok<br>3.3 ok<br>3.4 ok | | | |
| | | 4. Novedades de Ingresos y egresos Durante el mes de Abril | 4.1 Formato de Novedades de la UDS, 35 Casos, junto con sus soportes | 5% | 4.1 ok | | | |
| | | 5.. Monitorear el cumplimiento Cuentame al 100% Mensual<br>Nota aclaratoria: No se puede egresar participantes de Abril sin la toma de talla y peso. | 5.1. Cargue de :Participantes Nuevos 35 de la UDS delegada 100%<br>5.2. Cargue del 100%Nutricional, participantes Nuevos 300<br>5.3 Actualización de Talento Humano Nuevo<br>5.5. Cargue de Formación al 100%, (4 formaciones por persona) | 5% | 5.1 ok<br>5.2 F4<br>5.3 ok<br>5.4. P | | | |
| | | 6. Organizar, Monitorear y acompañar:<br>* Entrega de RPPP<br>* Entrega de Refrigerios | 6.1. Formatos RPP - 18 Listados en total_ 3 por profe<br>(Traer los físicos para verificar _ organizados en una AZ legajados por unidad )<br>6.2 Formatos de Refrigerio - 72 listados en total _12 por profe<br>(Traer los físicos para verificar_organizados en una AZ legajados por unidad) | 15% | 6.1 ok<br>6.2 ok | | | |
| | | 7. Liderar , Monitorear y acompañar:<br>* Encuentro Grupales a las Familias<br>* Visitas en el Hogar a las Familias | 7.1. Formatos RAM. 18 Listados en total_ 3 por profe<br>(Traer los físicos para verificar organizados en una AZ legajados por unidad) | 15% | 7.1 ok | | | |
| | | 8. Construcción de la nómina recepcion y verificación de la documentación para formalización. | 8.1. Formato de nómina en excell.<br>8.2. Chek list de nómina por cargo (100% de los soportes relacionados) de la UDS asignad.<br>8.3. Certificación de cumplimiento. de las 18 Personas del equipo.<br>(Verificación Técnica)<br>Kennedy 25 de Mayo<br>Suba 26 de Mayo | 10% | 8.1 ok<br>8.2 ok<br>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 .<br>Para el mes de febrero:<br>9.2. Inventario de equipos Audiovisuales y Elementos entregados por APC | 5% | 9.1 ok<br>9.2 ok | | | |
| | | 10. Programación General | 10.1 Cronograma de la unidad _ Encuentro grupales<br>10.2 Cronograma visitas _ Por Dupla<br>1.3 Proyección Grupos de Estudio, con Planeacion, Acta, Registro fotografico<br>Primera Semana del mes | 5% | 10.1 ok<br>10.2 ok<br>1.3 ok | | | |
| | | 11. Avances SIGE | 11.1 Organización Carpetas físicas y digitales por unidad<br>11.2 Incluir los doc de avances de acuerdo a los estandares<br>3ra Semana del mes | 5% | 11.1 P<br>11.2 P | | | |
| | | | TOTAL | 100% | | | | |

| | |
|---|---|
| FIRMA CONTRATISTA | |
| NOMBRE: | Emilce Rojas |
| C.C. | 52296978 |

| | |
|---|---|
| FIRMA COORDINADORA | |
| NOMBRE: | Angie Marín |
| C.C. | |

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NUMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELEFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 52278676 | EMILCE ROJAS AGUILAR | | KR 72 H 36 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) | NUMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | IPD |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2023-04 | 2023-04 | I | 24/05/2023 | 67181418 | $381.300 | |

## 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 | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 163.000 | 0 | | 0 | | 0 | 6 | 1.200 | 0 | 164.200 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 208.600 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 | 1.500 | 0 | 210.100 | 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 | 800.[illegible] | [illegible] | | | | 6.900 | 6 | 100 | [illegible] | | | 69 | 7.000 | |

### 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 | 164.200 |
| Pensión | 1 | 208.600 | 210.100 |
| Riesgos Laborales | 1 | 6.900 | 7.000 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 378.500 | 381.300 |

PAGADA

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

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 52278676 | EMILCE ROJAS AGUILAR | | KR 72 K 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 | |
| 2023-04 | 2023-04 | I | 24/05/2023 | 67181418 | $381.300 | |

## E POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colombiano en el Exterior | Actividad Alto Riesgo Pensión | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días COT | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Cotización Valor UPC | Cod. ARL | IBC ARL | Días Pens. | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 52278676 | ROJAS AGUILAR EMILCE | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | 30 | 230301 | 1.303.450 | 208.600 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS009 | 1.303.450 | 163.000 | 14-11 | 1.303.450 | 1 | 6.900 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

← Comprobante

Movimiento hecho en:

NEQUI

Número de referencia

**M2792752**

Pago realizado

Pago en

**Compensar-oi**

¿Cuánto?

**$ 381.300,00**

Fecha

**24 de mayo de 2023 a las 02:13 p. m.**

¿Preguntas? Ve al menú Movimientos en la app Nequi y reporta un problema.

VIGILADO Superintendencia Financiera de Colombia

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

**CUENTA DE COBRO No. 05**

**ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA**
**NIT 830.107.985-1**

**DEBE A:** GLORIA ESTELA PEREZ JAIMES

**CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS**
**No. APC2023-DIMF KENNEDY-CON034**

**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 Mayo

**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 Dia Mes Año en constancia.
Firmo _____

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

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

Autorizado por:

Emilce Rojas Aguilar
Coordinador UDS Periodistas
C.C. 52.278.676

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: 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 | DMF GESTANDO FUTURO KENNEDY |
| NOMBRE | GLORIA ESTELLA PÉREZ JAIMES |
| CARGO | AGENTE EDUCATIVO |
| PERIODO y FECHA | MAYO |

| MES | PAGO No | PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES | FUENTES DE VERIFICACIÓN | PORCENTAJE | FECHA DE REVISION | CUMPLE | NO CUMPLE | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ATENCION MAYO | 4 | 1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales<br><br>**Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación y subidos al drive correspondiente del Grupo de Atencion** | 1.1 Planeación Grupal, con las cuatro planeaciones de las áreas correspondientes (Formato ICBF) **20 mayo**<br>**1.2 Cartilla digital:**<br>i. Parte una conocedores al 100% diligenciada, **20 mayo**<br>ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, **20 mayo**<br>iii Diligenciamiento de la parte dos: Priorización de Practicas. **20 mayo**<br>iv. Diligenciamiento de la movilizacion social: Mayo Gestar con Amor. | 15% | 29-05-2023 | 1.1 OK<br>1.2 OK | | |
| | | 2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF)<br><br>**Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF** para la verificación, tener en cuenta lo planeado en los microproyectos | 2.1 Planeación Encuentro en el hogar (1 por cada participante - se pasa en el cuaderno digital en el drive correspondiente - de acuerdo al grupo asignado) -20 mayo<br>2.2 Cronograma de visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 60 y/o ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atención correspondiente. 20 mayo<br>**2.3 Cartilla digital Parte uno:**<br>i. Conocedores al 100% diligenciada,<br>ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada,<br>iii. Diligenciamiento de la parte dos. Priorización de Practicas. 20 mayo<br>iv. **Seguimiento al desarrollo, escala de valoración** | 15% | 29-05-2023 | 2.1 OK<br>2.2 OK<br>2.3 OK | | |
| | | 3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en físico como en drive (60) | 3.5 Formato de uso de Imagenes y de Inscripcion de ICBF | 5% | 29-05-2023 | 3.5 OK | | |
| | | 4. Ingresos y Egresos<br>Informar al administrativo el el ultimo viernes de cada mes sus Ingresos y egresos ____ durante el mes de Abril | 4.1 Formato de ingresos y egresos 4 en el mes Mayo16<br>4.2 Soportes de egreso (con la aprobación de la coordinación) Mayo16<br>4.3 Soportes de ingreso (soportes mínimos subidos al drive correspondientes RC del participante, cédula del acudiente, recibo de servicio público de la vivienda) 16 mayo | 15% | 29-05-23 | 4.1 OK<br>4.2 OK<br>4.3 OK | | |
| | | 5.Entrega de Formatos de Rem, Refrigerios,Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras. | 5.1 Formato Rem<br>5.2 Refrigerios<br>5.3 Formato RPP<br>5.4 Fotografías uno a uno de la entrega de RPP - en power Point<br>5.5 Formato de Bienestarina<br><br>Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni enmendaduras | 10% | 29-05-23 | 5.1 OK<br>5.2 OK<br>5.3 (F4)<br>5.5 OK | | Falto Entregar 4 RPP |
| | | 6.. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento | 6.1 Formato de novedades en físico por grupo de atención (si aplica)<br>6.2 Formato de novedades subido al drive correspondiente del grupo de atención | 5% | 31-05-23 | 6.1 OK<br>6.2 OK | | |
| | | 7. Entrega de las escalas | 7.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que ingresaron en el mes lectivo (documento en físico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante) | 15% | 29-05-23 | 7.0K | | |
| | | 8. Entrega Microproyecto Interdisciplinario | 8.1 Formato de estructura y orientaciones - POWER POINT- 20 mayo | 14% | 29-05-23 | 8.0K | | Falto aporte word/pdf |
| | | 9. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faciliten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS y a los microproyectos. | 9.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS acorde al proyecto pedagogico del trimestre<br>9.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica.<br>9.3 Buen uso de los materiales de consumo que se entregan para la ambientación. **20 mayo** | 6% | 29-05-23 | 9.1 OK<br>9.2 OK<br>9.3 OK | | |
| | | | | TOTAL | 100% | | | |

| | |
|---|---|
| FIRMA CONTRATISTA | |
| NOMBRE: | GLORIA ESTELLA PÉREZ JAIMES |
| C.C. | 51904205 |

| | |
|---|---|
| FIRMA COORDINADORA | |
| NOMBRE: | EMILCE ROJAS AGUILAR |
| C.C. | 52270676 |

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Dirección | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 51804205 | | PEREZ JAIMES GLORIA ESTELA | 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 |
| 2023-04 | 2023-04 | 2040142680 | 9449904770 | I | 2023/05/03 | 2023/04/24 | BANCO DE BOGOTA | 0 | $359,900 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | NOVEDADES | PENSION | | | | SALUD | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |
| SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados) | | | | | | $1,160,000 | $185,600 | | | $1,160,000 | $145,000 |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados) | | | | | | $1,160,000 | $185,600 | | | $1,160,000 | $145,000 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados) | | | | | | $1,160,000 | $185,600 | | | $1,160,000 | $145,000 |
| 1 | CC 51804205 | PEREZ GLORIA | | 25-14 | 30 | $1,160,000 | $185,600 | EPS001 | 30 | $1,160,000 | $145,000 |
| Total Afiliados( 1) | | | | | | $1,160,000 | $185,600 | | | $1,160,000 | $145,000 |

| EMPLEADO | CCF | | | | RIESGOS | | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 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 | $23,200 | | | $1,160,000 | | $6,100 | | $0 | $0 | | $359,900 |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados) | | | $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 | $23,200 | | | $1,160,000 | | $6,100 | | $0 | $0 | | $359,900 |
| 1 PEREZ GLORIA | CCF22 | 30 | $1,160,000 | $23,200 | 14-11 | 30 | $1,160,000 | 0.522% | $6,100 | 30 | $0 | $0 | No | $359,900 |
| Total Afiliados( 1) | | | $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 | Dirección | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 51804205 | | PEREZ JAIMES GLORIA ESTELA | 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 |
| 2023-04 | 2023-04 | 2040142680 | 9449904770 | I | 2023/05/03 | 2023/04/24 | BANCO DE BOGOTA | 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 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $6,100 | $0 | $0 | $6,100 |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $23,200 | $0 | $0 | $23,200 |
| COLSUBSIDIO | CCF22 | 860,007,336 | 1 | 1 | $23,200 | $0 | $0 | $23,200 |
| 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 | $359,900 | $0 | $0 | $359,900 |

aportes en línea

# Pagos aportes en línea

## Resumen del pago

✔ La transacción fue **APROBADA** por su entidad financiera.

### Detalle de la transacción:

| | |
|---|---|
| Comercio: | **Aportes en línea** |
| NIT: | **899001472382** |
| Clave de planilla: | **9449994770** |
| Periodo de pago: | **2023-04** |
| Fecha de la transacción: | **2023/04/24** |
| Valor: | **359,900** |
| Banco: | **BANCO DE BOGOTA** |
| Dirección IP: | **192.168.12.180** |
| Código único de seguimiento (CUS): | **2040142680** |

Banco de Bogotá

Comprobante de compra y pagos virtuales PSE

# Pago exitoso

Número de autorización 848202

domingo, 23 de abril de 2023, 6:08:49 PM

## Detalle

**$359,900.00**
Valor Pagado

| | |
|---|---|
| IVA incluído: | $0.00 |
| Pago a: | APORTES EN LINEA |
| Débito desde: | Cuenta de ahorros ******0024 |
| Descripción: | nilla de aportes con clave: 9449994770 |
| Fecha y hora inicio transacción | 2023-04-23 6:06:25 |
| NIT del comercio | 9999001472382 |
| Número de factura | 9449994770 |
| Código Único de Seguimiento | 2040142680 |
| Dirección IP: | 181.32.191.65 |
| Referencia 1: | 192.168.12.180 |
| Referencia 2: | CC |
| Referencia 3: | 51804205 |

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

**CUENTA DE COBRO No. 4**

**ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA**
**NIT 830.107.985-1**

**DEBE A:** LILIANA PATRICIA PEÑA SALCEDO

**CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS**
**No. APC2023-DIMF KENNEDY- CON008**

**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 Mayo

**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 | DIME GESTANDO FUTURO KENNEDY |
| NOMBRE | Liliana Patricia Peña |
| CARGO | AGENTE EDUCATIVO |
| PERIODO y FECHA | MAYO |

| FASE | PAGO No | PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES | FUENTES DE VERIFICACIÓN | PORCENTAJE | FECHA DE REVISION | CUMPLE | NO CUMPLE | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ATENCION MAYO | 4 | 1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales<br><br>**Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación y subidos al drive correspondiente del Grupo de Atencion** | 1.1 **Planeación Grupal**, con las cuatro planeaciones de las áreas correspondientes (Formato IGDF) **20 mayo**<br>**1.2 Cartilla digital:**<br>I. Parte uno: consentimientos al 100% diligenciado. **20 mayo**<br>II Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada. **20 mayo**<br>III Diligenciamiento de la parte dos: Participación de Practicas. **20 mayo**<br>**IV. Diligenciamiento de la movilizacion social: Mayo Gestar con Amor.** | 15% | | 1.1 OK<br>1.2 OK<br>1.3 OK<br>1.4 OK | | |
| | | **2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF)**<br><br>**Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación, tener en cuenta lo planeado en los microproyectos** | 2.1. Planeación Encuentro en el hogar (1 por cada participante - cargada en el cuaderno digital en el drive correspondiente - de acuerdo al grupo etario) -20 mayo<br>2.2 Cronograma de visitas, con las respectivas Firmas - que evidencia el cumplimiento de los 60 y/o _____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atención correspondiente -20 mayo<br>**2.3 Cartilla digital Parte uno:**<br>I. Consentimientos al 100% diligenciado,<br>II. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada.<br>III. Diligenciamiento de la parte dos: Prevención de Prácticas, 15 mayo<br>**IV. Seguimiento al desarrollo, escala de valoración** | 15% | | 2.1 OK<br>2.2 OK<br>2.3 OK | | Ely Johana Rodriguez colocar fecha cronograma y planeacion. |
| | | 3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en físico como en drive (SD) | 3.5 Formato de uso de imagenes y de inscripcion de IGDF | 5% | | 35 P | | Ingresar a carpetas |
| | | 4. Ingresos y Egresos<br>Informar al administrativo el el ultimo viernes de cada mes sus ingresos y egresos ____ durante el mes de Abril | 4.1 Formato de ingresos y egresos 3 ___ en el mes **Mayo16**<br>4.2 Soportes de egreso con la aprobación de la coordinación) Mayo16<br>4.3 Soportes de ingreso (soportes iniciales) subidos al drive correspondiente: RC del participante, recibo del acudiente, recibo de servicio público de la vivienda) 15 mayo | 15% | | 4.1 OK<br>4.2 OK<br>4.3 OK | | |
| | | 5.Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios,Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras. | 5.1 Formato Ram<br>5.2 Refrigerios<br>5.3 Formato RPP<br>5.4 Fotografías uno a uno de la entrega de RPP - en power Point<br>5.5 Formato de Bienestarina<br><br>Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni enmendaduras | 10% | | 5.1 OK<br>5.2 OK<br>5.3 OK<br>5.4 P<br>5.5 P | | |
| | | 6.. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripe, o falta de algun documento | 6.1 Formato de novedades en físico por grupo de atencion (si aplica)<br>6.2 Formato de novedades subido al drive correspondiente del grupo de atención | 5% | | 6.1 P<br>6.2 P | | pendiente novedades mes 4 |
| | | 7. Entrega de las escalas | 7.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que ingresaron en el mes febrero 3 documento en físico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante) | 15% | | 7.1 OK | | |
| | | 8. Entrega Microproyecto Interdisciplinario | 8.1 Formato de estructura y orientaciones - POWER POINT- 20 mayo | 14% | | 8.1 OK | | |
| | | 9. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faciliten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS y a los microproyectos. | 9.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS acorde al proyecto pedagogico del momento.<br>9.2 Los espacios diferenciados deben contar con una intencionalidad pedagógica.<br>9.3 Buen uso de los materiales en donante dits de adopción para la ambientación 20 mayo | 6% | | 9.1 OK<br>9.2 OK<br>9.3 OK | | |
| | | | | TOTAL 100% | | | | |

| | |
|---|---|
| FIRMA CONTRATISTA | Liliana Peña |
| NOMBRE: | Liliana Peña |
| C.C. | 52.974.510 |

| | |
|---|---|
| FIRMA COORDINADORA | Emilce P |
| NOMBRE: | [illegible] |
| C.C. | [illegible] |

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 | 52974510 | LILIANA PATRICIA PEÑA SALCEDO | | Cra 88 # 6a - 90 | 3202428895 | lilidrom10@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CODIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| UNICA | 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) | NUMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2023-04 | 2023-04 | 1 | 09/05/2023 | 87693547 | $338.400 | |

## 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 | 4 | 700 | 0 | 145.700 | 1 |

**TOTALES PENSIÓN**

| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 185.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 800 | 0 | 186.600 | 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 | 800220790-5 | 6.100 | | | | 6.100 | 4 | 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 | 145.700 |
| Pensión | 1 | 185.800 | 186.600 |
| 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 | 338.400 |

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 | | C/A 69 # 6a - 90 | 3202428996 | lilixfrem10@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | 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 | |
| 2023-04 | 2023-04 | 1 | 09/05/2023 | 97693547 | $336.400 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSION | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | N. de Identificación | Apellidos y Nombres | Extranjero | Tarifa | Colombiano en el Exterior | Cotizante Exterior | SLN | IGE | LMA | VSP | VST | SLE | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | Días Cotizados | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario a Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensiones de solidaridad | Fondo pensiones 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 | CO | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | 230301 | 1.160.000 | 139.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS038 | 1.160.000 | 139.200 | 14-11 | 1.160.000 | 1 | 0.103 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

**serviciopse@achco...** 8 de may.

Para Tu usuario ...




## ¡Hola, Liliana Patricia peña salcedo

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

Estado de la Transaccion: Aprobada
CUS: 2070536740
Empresa: COMPENSAR-OI
Descripcion: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Valor de la Transaccion: $ 338.400
Fecha de Transacción: 08/05/2023

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

**CUENTA DE COBRO No. 04**

**ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA**
**NIT 830.107.985-1**

**DEBE A:** MARTHA ELIZABETH PÁEZ ALARCÓN

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

**NOMBRE:** MARTHA ELIZABETH PÁEZ ALARCÓN
**CEDULA**: 1.032.359.119
**CUENTA BANCARIA:** 274265222 **BANCO:** BOGOTA **AHORRO _X_ CORRIENTE ___**
**LA SUMA DE: ($2.296.800)** Dos millones doscientos noventa y seis mil ochocientos pesos M /Cte.
**PERIODO**: Fase De Atencion Mayo

**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 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: Martha Elizabeth Páez Alarcón
C.C. 1.032.359.119
Correo: eliza0313@hotmailcom
Dirección: Carrera 79 F N° 14-45
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 DESTANDO FUTURO KENNEDY |
| NOMBRE | MARTHA ELIZABETH PAEZ ALARCÓN |
| CARGO | AGENTE EDUCATIVO |
| PERIODO y FECHA | MAYO |

| MES | PAGO No | PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES | FUENTES DE VERIFICACIÓN | PORCENTAJE | FECHA DE REVISION | CUMPLE | NO CUMPLE | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ATENCION MAYO | 4 | 1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales<br><br>**Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación y subidos al drive correspondiente del Grupo de Atención** | 1.1 Planeación Grupal, con las cuatro planeaciones de las áreas correspondientes (Formato ICBF) 20 mayo<br>**1.2 Cartilla digital:**<br>I. Parte uno: conociéndonos al 100% diligenciada, 20 mayo<br>ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada. 20 mayo<br>iii Diligenciamiento de la parte dos: Preparación de Familias. 20 mayo<br>iv. Diligenciamiento de la movilizacion social: Mayo Gestar con Amor. | 15% | may-23 | 1.1 OK<br>1.2 OK | | |
| | | 2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF)<br><br>**Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación, tener en cuenta lo planeado en los microproyectos** | 2.1 Planeación Encuentro en el hogar (1 por cada participante - cargada en su cuaderno digital en el drive correspondiente - de acuerdo al grupo atareo) -20 mayo<br>2.2 Cronograma de visitas, con las respectivas firmas - que evidencie el Desarrollo de los 60 y+0 ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atención correspondiente. -20 mayo<br>**2.3 Cartilla digital Parte uno:**<br>i. Conociéndonos al 100% diligenciada,<br>ii Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada,<br>iii. Diligenciamiento de la parte dos: Preparación de Familias. 20 mayo<br>iv. Seguimiento al desarrollo, escala de valoración | 15% | may-23 | 2.1 OK<br>2.2 OK<br>2.3 OK<br>2.4 OK | | |
| | | 3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en físico como en drive (50) | 3.5 Formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF | 5% | may-23 | 3.5 OK | | Falta archivar escala |
| | | 4. Ingresos y Egresos<br>Informar al administrativo el el ultimo viernes de cada mes sus ingresos y egresos ____ durante el mes de Abril | 4.1 Formato de ingresos y egresos S___ en el mes Mayo16<br>4.2 Soportes de egreso (con la aprobación de la coordinadora) mayo15<br>4.3 Soportes de ingreso (soportes reales) subidos al drive correspondientes: RC del participante, cédula del acudiente, recibo de servicio público de la vivienda) 18 mayo | 15% | may-23 | 4.1 OK<br>4.2 OK<br>4.3 OK | | |
| | | 5.Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras. | 5.1 Formato Ram<br>5.2 Refrigerios<br>5.3 Formato RPP<br>5.4 Fotografías una a una de la entrega de RPP - en power Point<br>5.5 Formato de Bienestarina<br><br>Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni enmendaduras | 10% | may-23 | 5.1 OK<br>5.2 OK<br>5.3 [illegible] | | Falta entrega 25 |
| | | 6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento | 6.1 Formato de novedades en físico por grupo de atencion (si aplica)<br>6.2 Formato de novedades subido al drive correspondiente del grupo de atención | 5% | may-23 | 6.1. OK<br>6.2. OK | | |
| | | 7. Entrega de las escalas | 7.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que ingresaron en el mes febrero 24 (documento en físico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante) | 15% | may-23 | 7.1.24 OK | | Falta archivar escala |
| | | 8. Entrega Microproyecto Intedisciplinario | 8.1 Formato de estrategias y orientaciones - POWER POINT- 20 mayo | 14% | may-23 | 8.1 OK | | |
| | | 9. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faciliten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS y a los microproyectos. | 9.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS acorde al proyecto pedagogico del momento<br>9.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica.<br>9.3 Buen uso de los materiales de consumo que se emplean para la ambientación 20 mayo | 6% | may-23 | 9.1 OK<br>9.2 OK<br>9.3 OK | | |
| | | | TOTAL | 100% | | | | |

| | |
|---|---|
| FIRMA CONTRATISTA | |
| NOMBRE: | MARTHA ELIZABETH PAEZ |
| C.C. | 1.032.359.119 |

| | |
|---|---|
| FIRMA COORDINADORA | |
| NOMBRE: | EMILCE BOJACA |
| C.C. | 52229878 |

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. | 2938246 | No |

## DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2023-04 | 2023-04 | 2075765720 | 9449783584 | I | 2023/05/05 | 2023/05/11 | BANCO DE BOGOTA | 6 | $339,300 |

## 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 | | | $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 |



2023/05/11 01:36 PM

aportes en línea

# Resumen General de Pago

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificacion | 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 |
| 2023-04 | 2023-04 | 2075765720 | 9449783584 | I | 2023/05/05 | 2023/05/11 | BANCO DE BOGOTA | 6 | $339,300 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $185,600 | $1,400 | $0 | $187,000 |
| PROTECCION | 23020I | 800,229,739 | 0 | 1 | $185,600 | $1,400 | $0 | $187,000 |
| 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 | $1,100 | $0 | $146,100 |
| FAMISANAR | EPS017 | 830,003,564 | 7 | 1 | $145,000 | $1,100 | $0 | $146,100 |
| TOTAL | | | | 1 | $336,700 | $2,600 | $0 | $339,300 |

Banco de Bogotá

Comprobante de compra y pagos virtuales PSE

# Pago exitoso

**Número de autorización 226202**

jueves, 11 de mayo de 2023, 1:32:26 PM

## Detalle

**$339,300.00**
Valor Pagado

| | |
|---|---|
| IVA incluído: | $0.00 |
| Pago a: | APORTES EN LINEA |
| Débito desde: | Cuenta de ahorros ******5222 |
| Descripción: | nilla de aportes con clave: 9449783584 |
| Fecha y hora inicio transacción | 2023-05-11 1:31:04 |
| NIT del comercio | 9999001472382 |
| Número de factura | 9449783584 |
| Código Único de Seguimiento | 2075765720 |
| Dirección IP: | 191.156.180.160 |
| Referencia 1: | 191.156.184.196 |
| Referencia 2: | CC |
| Referencia 3: | 1032359119 |

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

**CUENTA DE COBRO No. 05**

**ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA**
**NIT 830.107.985-1**

**DEBE A:** SHIRLEY PAOLA VANEGAS PRADA

**CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS**
**No. APC2023-DIMF KENNEDY-CON003**

**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 Mayo

**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

Aprobado por:

Ana Rocio Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C.52.339.600

Atentamente,

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 | Shirley Paola Vargas Prada |
| CARGO | AGENTE EDUCATIVO |
| PERIODO y FECHA | MAYO |

| FASE | PAGO No | PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES | FUENTES DE VERIFICACIÓN | PORCENTAJE | FECHA DE REVISION | CUMPLE | NO CUMPLE | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ATENCION MAYO | 4 | 1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales<br><br>**Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación y subidos al drive correspondiente del Grupo de Atencion** | 1.1 Planeacion Grupal, con las cuatro planeaciones de las áreas corresponditivas (Formato ICBF) 20 mayo<br>**1.2 Cartilla digital:**<br>i. Parte uno: con pantallazos al 100% diligenciada. 20 mayo<br>ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada. 20 mayo<br>iii. Diligenciamiento de la parte dos: Priorización de Practicas, 20 mayo<br>iv. Diligenciamiento de la movilizacion social: Mayo Gestar con Amor. | 15% | 30/05/2023 | 1.1 OK<br>1.2 OK<br>1.3 OK<br>1.4 OK<br>1.5 OK | | |
| | | 2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF)<br><br>**Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación, tener en cuenta lo planeado en los microproyectos** | 2.1. Planeacion Encuentro en el hogar (1 por cada participante - cargada al en el cuaderno digital en el drive correspondiente - de acuerdo al grupo atareo) - 20 mayo<br>2.2 Cronograma de visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 60 y/o 50 encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente. -20 mayo<br>**2.3 Cartilla digital Parte uno:**<br>i. Consentimiento al 100% diligenciado,<br>ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada.<br>iii. Diligenciamiento de la parte dos: Priorización de Practicas, 20 mayo<br>iv. Seguimiento al desarrollo, escala de valoración | 15% | 30/05/2023 | 2.1 OK<br>2.2. OK<br>2.3 P | | 2.1 OK<br>2.2 OK<br>2.3 Se hace recomendacion Facto<br>2.4 deber ser. Unidad<br>2.5 OK |
| | | 3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en físico como en drive (50) | 3.5 Formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF | 5% | 30/05/2023 | 3.5 OK | | |
| | | 4. Ingresos y Egresos<br>Informar al administrativo el el último viernes de cada mes sus Ingresos y egresos ___ durante el mes de Abril | 4.1 Formato de Ingresos y egresos 6 ___ en el mes Mayo16<br>4.2 Soportes de egreso (con la aprobación de la coordinación) Mayo16<br>4.3 Soportes de Ingreso (soporte e imágenes subidas al drive correspondiente; RC del participante, cedula del acudiente, recibo de servicio público de la vivienda) 16 mayo | 15% | 30/05/2023 | 4.1 OK<br>4.2 OK<br>4.3 OK | | |
| | | 5.Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios,Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras. | 5.1 Formato Ram<br>5.2 Refrigerios<br>5.3 Formato RPP<br>5.4 Fotografias una a uno de la entrega de RPP - en power Point<br>5.5 Formato de Bienestarina<br><br>Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni enmendaduras | 10% | | 5.1 OK<br>5.2 OK<br>5.3 OK<br>5.4 OK<br>5.5 OK | | Falta entregar 1 RPP |
| | | 6.. Entrega del Formato de novedades por Inasistencia, gripa, o falta de algun documento | 6.1 Formato de novedades en físico por grupo de atencion (si aplica)<br>6.2 Formato de novedades subido al drive correspondiente del grupo de atención | 5% | | | | Pendiente Firma |
| | | 7. Entrega de las escalas | 7.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que ingresaron en el mes febrero documento en físico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante) | 15% | | 7.1 OK | | |
| | | 8. Entrega Microproyecto Interdisciplinario | 8.1 Formato de estructura y sistematizacion - POWER POINT- 29 mayo | 14% | | 8.1 OK | | |
| | | 9. Generar espacios y ambientes enriquecidos que fatiguen el ejercicio pedagógico y sean coordes a las intencionalidades de la UDS y a los microproyectos. | 9.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS acorde al proyecto pedagógico del semestre.<br>9.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica.<br>9.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación 29 mayo | 0% | | 9.1 OK<br>9.2 OK<br>9.3 OK. | | |
| | | | | TOTAL 100% | | | | |

| | |
|---|---|
| FIRMA CONTRATISTA | Shirley Paola Vargas Prada |
| NOMBRE: | Shirley Paola Vargas Prada |
| C.C. | 52 769729 |

| | |
|---|---|
| FIRMA COORDINADORA | EMILCE ROJAS |
| NOMBRE: | EMILCE ROJAS |
| C.C. | 1032460940 |

compensar | miplanilla.c n

# PLANILLA INTEGRADA DE AU OLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NUMERO | 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 | 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 |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2023-04 | 2023-04 | I | 14/04/2023 | 87028165 | $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

| Codigo 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 | Colpensiones | 900336004-7 | 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 | 830039279-5 | 6.100 | | | | 6.100 | 0 | 0 | 100 | | | 61 | 6.100 | |

### TOTALES CAJAS

| Codigo 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 Reportados | 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.

# PLANILLA INTEGRADA DE AU DLIQUIDACION 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 | paolavp2005@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 | |
| 2023-04 | 2023-04 | I | 14/04/2023 | 67028165 | $336.700 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | UPC | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | N. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotiza | Dias | Extranjero | Cotiza exterior | Residente | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Fondo | 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 | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC | 52769729 | vanegas PRADA shirley paola | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 1.169.000 | 165.600 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS005 | 1.169.000 | 165.000 | 14-11 | 1.169.000 | 1 | 6.100 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

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 | 53759729 | shirley paola vanegas parra | CR 46 sur # 72d - 50 | 3118647601 | paolap2008@gmail.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/ANO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/ANO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2023-03 | 2023-03 | 1 | 09/05/2023 | 67651084 | $347.400 | |

## 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 | | | | | |
| EPS905 | Sanitas EPS | 800251440-6 | 145.000 | 0 | | 0 | | 0 | 26 | 4.600 | 0 | 149.600 | 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 | 26 | 5.900 | 0 | 191.500 | 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 | 830.039.788-4 | 6.100 | | | | 6.100 | 26 | 200 | 6.300 | | | 61 | 6.300 | 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 IGC, IAP, IEP y Mora | Total a Pagar |
| Salud | 1 | 145.000 | 149.600 |
| Pensión | 1 | 185.600 | 191.500 |
| Riesgos Laborales | 1 | 6.100 | 6.300 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 336.700 | 347.400 |

PAGADA

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

Recibidos

S

**serviciopse@achc...** 8 may.

para mí




# ¡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: 2070313747
Empresa: COMPENSAR-OI
Descripción: MiPlanIlla.com Pago Proteccion Social
Valor de la Transacción: $ 347.400
Fecha de Transacción: 08/05/2023

Ciudad: Bogotá  Mes: MAYO  Día: 30  Año: 2023

**CUENTA DE COBRO No. 05**

**ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA**
**NIT 830.107.985-1**

**DEBE A:** YANETH BULLA CELY

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

**NOMBRE:** YANETH BULLA CELY
**CEDULA:** 52.463.374
**CUENTA BANCARIA:** 022620660 **BANCO:** BOGOTA **AHORRO _X_ CORRIENTE ___**
**LA SUMA DE: ($2.296.800)** DOS MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS PESOS M/Cte.
**PERIODO: FASE DE ATENCION MAYO**

**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 Rocío 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: 3102668784

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 | MAYO |

| FASE | PAGO No | PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES | FUENTES DE VERIFICACIÓN | PORCENTAJE | FECHA DE REVISION | CUMPLE | NO CUMPLE | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ATENCION MAYO | 4 | 1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales<br><br>Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación y subidos al drive correspondiente del Grupo de Atención | 1.1 Planeación Grupal con las cuatro planeaciones de las áreas correspondientes (Formato ICBF) 20 mayo<br>1.2 Cartilla digital:<br>i. Paste uno: conexiones con al 100% diligenciada, 20 mayo<br>ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, 20 mayo<br>iii Diligenciamiento de la parte dos: Priorización de Prácticas, 20 mayo<br>iv. Diligenciamiento de la movilización social: Mayo Gestar con Amor. | 15% | 30/05/2023 | 1.1 OK<br>1.2 OK<br>1.3 OK<br>1.4 OK<br>1.5 OK<br>1.6 OK | | |
| | | 2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF)<br><br>Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación, tener en cuenta lo planeado en los microproyectos | 2.1. Planeación Encuentro en el hogar (1 por cada participante - ingresada en el cuaderno digital en el drive correspondiente - de acuerdo al grupo etareo) -20 mayo<br>2.2 Cronograma de visitas, con las respectivas Fichas - que evidencie el Desarrollo de los 5? y/o 49 encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atención correspondiente -20 mayo<br>2.3 Cartilla digital Paste uno:<br>i. Conexiones al 100% diligenciada.<br>ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada.<br>iii. Diligenciamiento de la parte dos: Priorización de Prácticas, 20 mayo<br>iv. Seguimiento al desarrollo, escala de valoración | 15% | 30/05/2023 | 2.1 OK<br>2.2 OK<br>2.3 | | |
| | | 3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentación requerida tanto en físico como en drive (50) | 3.5 Formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF | 5% | 30/05/2023 | 3.5 | | Compromiso traerlos a c/carpeta |
| | | 4. Ingresos y Egresos<br>Informar al administrativo el el ultimo viernes de cada mes sus Ingresos y egresos ___ durante el mes de Abril | 4.1 Formato de Ingresos y egresos 8 en el mes Mayo16<br>4.2 Soportes de egreso (con la aprobación de la coordinación) Mayo16<br>4.3 Soportes de ingreso (soportes originales subidos al drive correspondiente: RC del participante, cédula del acudiente, recibo de servicio público de la vivienda) 16 mayo | 15% | 30/05/2023 | 4.1 OK<br>4.2 OK<br>4.3 OK | | |
| | | 5.Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios,Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras. | 5.1 Formato Ram<br>5.2 Refrigerios<br>5.3 Formato RPP<br>5.4 Fotografías uno a uno de la entrega de RPP – en power Point<br>5.5 Formato de Bienestarina<br><br>Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni enmendaduras | 10% | 30/05/2023 | 5.1 OK<br>5.2 OK<br>5.3 (5)<br>5.5 OK | | Foto entrega |
| | | 6. Entrega del Formato de novedades por Inasistencia, gripa, o falta de algun documento | 6.1 Formato de novedades en físico por grupo de atención (si aplica)<br>6.2 Formato de novedades subido al drive correspondiente del grupo de atención | 5% | 30/05/2023 | | | |
| | | 7. Entrega de las escalas | 7.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que ingresaron en el mes febrero__ (documento en físico en las carpetas y cacheado en la cartilla digital del participante) | 15% | 30/05/2023 | 7.1 OK | | |
| | | 8. Entrega Microproyecto Interdisciplinario | 8.1 Formato de estructura y orientaciones - POWER POINT- 20 mayo | 14% | 30/05/2023 | | | |
| | | 9. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faciliten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS y a los microproyectos. | 9.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS acorde al proyecto pedagógico de turno.<br>9.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica.<br>9.3 Usar los materiales de reciclaje que se emplean para la ambientación 20 mayo | 6% | 30/05/2023 | 9.1 OK<br>9.2 OK<br>9.3 OK | | |
| | | | | TOTAL 100% | | | | |

| | |
|---|---|
| FIRMA CONTRATISTA | YANETH BULLA |
| NOMBRE: | YANETH BULLA |
| C.C. | 52 463 374 |

| | |
|---|---|
| FIRMA COORDINADORA | Emilce R. |
| NOMBRE: | EMILCE ROJAS A |
| C.C. | 52[illegible]9 |

compensar | miplanilla.com

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:** | 67683089 |

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | |
|---|---|
| Nombre Aportante | YANETH BULLA CELY |
| Tipo y número de identificación | CC52463374 |
| Número de planilla | 67683089 |
| Fecha pago | 23-05-16 |
| Número de autorización PSDO | 3458 |
| Banco | 1083 |

| | |
|---|---|
| Número de Empleados | 1 |
| Periodo de Cotización Salud | abril de 2023 |
| Periodo de Cotización Pensión | abril de 2023 |
| Número de Administradoras | |
| Total Pagado | 3[illegible]00 |
| Total Intereses de Mora | 0 |

PAGADA

67683089

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-11 | S[illegible] | [illegible]00 | 1 |
| 25-14 | Admin[illegible]olombia[illegible]ensiones - [illegible]ensior | [illegible]5600 | 1 |
| EPS008 | [illegible] Co[illegible]ensar[illegible]S | 1[illegible]00 | 1 |

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

| C[illegible]PS | 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 |

COMPENSAR

NIT 860066942-7

RECAUDO MIPLANILLA

FECHA Y HORA TRANSACCIÓN: 2023/05/16 07:38 a.r

DOCUMENTO: CC 52463374

NOMBRE USUARIO:

YANETH BULLA CELY

MODULO: KENPAR01

ID PAGO:32008183

NO PLANILLA: 8367683089

PERIODO DE PAGO: abril

VALOR PAGADO: $ 336700

TOTAL: $ 336700

EFECTIVO: $ 340000

CAMBIO: $ 3300

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

**CUENTA DE COBRO No. 05**

**ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA**
**NIT 830.107.985-1**

**DEBE A:** DIANA KATHERIN CONDE VALENCIA

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

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

**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 Rocío 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 | MAYO |

| FASE | PAGO No | PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES | FUENTES DE VERIFICACION | PORCENTAJE | FECHA DE REVISION | CUMPLE | NO CUMPLE | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ATENCION MAYO | 4 | 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, de los 150 familias delegadas, Registrar en digital la lista de chequeo con las 7 atenciones por (Registro civil,eps,vacunas,crecimiento y desarrollo,control prenatal,vacunas,sisben)debe facilitar el filtrar.<br>1.2 Acta de proceso o Formato de novedades | 10% | 30-05-23 | 1.1 OK<br>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 2 gestiones, por profesional psicosocial) | 2.1. Cartas de gestion con radicado<br>2.2, Matriz de Gestión Interistitucional. historica incluir mayo | 5% | 30-05-23 | 2.2 OK<br>2.2 OK | | |
| | | 3. Validación criterios de focalizacion junto con el documento de identidad, de los nuevos ingresos de los meses marzo y abril, que son 18 | 3.1 Formato Visita Criterios de Focalización 6 para los casos de ingreso nuevos que aplique<br>3.2. Subir al drive creado por grupo territorial los criterios de focalización de los participantes nuevos 0, a los cuales no aplica visita.<br>Se carga la totalidad de Criterios de Focalización de 6 Participantes correspondientes a los tres grupos de atención delegados.<br>3.3 Cronograma de Visitas - Firma de las familias Visitadas (Formato APC).<br>3.4 Organizacion base de criterios enviada por los centros zonales(suba-kennedy)16 de mayo,nuevos ingresos a la fecha. | 10% | 30-05-23 | 3.1 P<br>3.2 P<br>3.3 OK<br>3.4 OK | | 6 de los 18 O sisben. |
| | | 4. Realizacion procesos de caracterización, de las 18 ingresos nuevos de las Unicades delegdas en el territo. | 4.1 Link_ diligenciado por 18 Nuevos participantes<br>4.2 Registro de 18 Nuevos participantes, en el formato (f23.mo12.pp_formato_ficha_de_caracterizacion_para_los_servicios_de_atencion_a_la_primera_infancia_v2).<br>4.3 Informe de caracterización, Formato Word, 16 de Mayo | 10% | 30-05-23 | 4.1. OK<br>4.2 OK<br>4.3 OK | | |
| | | 5. Procesos de Formación y cualificación al Talento Humano<br>Seleccionar el tema priorizado _ De acuerdo a los resultados de la Caracterización. | 5.2 Registro Fotográfico<br>5.3 Planeación de la Jornada<br>5.4. Acta y Firmas | 10% | 30-05-23 | 5.2 OK<br>5.3 OK<br>5.4 OK | | |
| | | 6. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias, mayo (Escala cualitativa seguimiento al desarrollo) | 6.1 Planeación cargada al drive<br>6.2 Realización de los 9 talleres, de las UAS delegadas<br>6.3 Acta de proceso con listados de asistencias en físico y digital,<br>6.4. Registro fotografico. | 25% | 30-05-23 | 6.1 OK<br>6.2 OK<br>6.3 OK<br>6.4 OK | | |
| | | 7.Control Social y Proceso de buzon de sugerencias y control social, (proceso en compañia del comite de control Social). | 7.1. Acta de apertura e informe de lo arrojado con analisis cualitativo y cuantitativo,escribiendo algunas frases textuales.<br>7.2 Evidencias fotograficas.<br>7.3 Reunión Control Social, Acta reunión, Plan de trabajajo formato ICBF | 5% | 30-05-23 | 7.1 OK<br>7.2 OK<br>7.3 OK | | |
| | | 8.Seguimiento a poblacion migrante y desplazados. | 8.1 Base excel poblacion migrante y desplazados, Formatos APC | 5% | 30-05-23 | 8.1 OK | | 16 mayo |
| | | 9.Activacion de rutas según sea el caso | 9.1 Formatos de seguimientos,remisiones.<br>9.2 Matriz de seguimiento a casos., Priorizados y remitidos (Formato APC) 4 Casos | 10% | 30-05-23 | 9.1 OK<br>9.2 OK | | |
| | | 10. Aportar a las cartillas de encuentro en el hogar, familiograma de cada familia participante | 10.1 Cartilla encuentro en el hogar Familiograma de los participantes que ingresaron en el mes 18<br>10.2 Seguimiento de los casos priorizados, en el apartado correspondiente | 5% | 30-05-23 | 10.1 OK<br>10.2 OK | | |
| | | 11.. Informe de gestión mensual en el formato f8 contractual y general de acciones | 13. Formato de Informe – Enviado por Coordinación Drive | 5% | 30-05-23 | 13. P | | |
| | | | | TOTAL 100% | | | | |

| | |
|---|---|
| FIRMA CONTRATISTA | Diana |
| NOMBRE: | Diana Katherin Conde Valencia |
| C.C. | 1.030.661.794 |

| | |
|---|---|
| FIRMA COORDINADORA | Emilce |
| NOMBRE: | Emilce Reyes |
| C.C. | 52238946 |

aportes en línea

# Planilla Resumen

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Telefono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1030661794 | | CONDE VALENCIA DIANA KATHERIN | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CRA 97 C N. 42F ZZ 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 |
| 2023-04 | 2023-04 | 60157007 | 94504962 33 | E | 2023/05/24 | 2023/05/18 | BANCO DE OCCIDENTE | 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 | Irp | 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 1030661794 | CONDE DIANA | | | | | | | | | | | | | 23020 | 30 | $1,160,000 | $185,600 | 23020 | 30 | $1,160,000 | $145,000 | 0 | 0 | $0 | $0 | 3431 | 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 | Telefono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1030661794 | | CONDE VALENCIA DIANA KATHERIN | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CRA 97 C N. 42F ZZ 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 |
| 2023-04 | 2023-04 | 60157007 | 94504962 33 | E | 2023/05/24 | 2023/05/18 | BANCO DE OCCIDENTE | 0 | $336,700 |

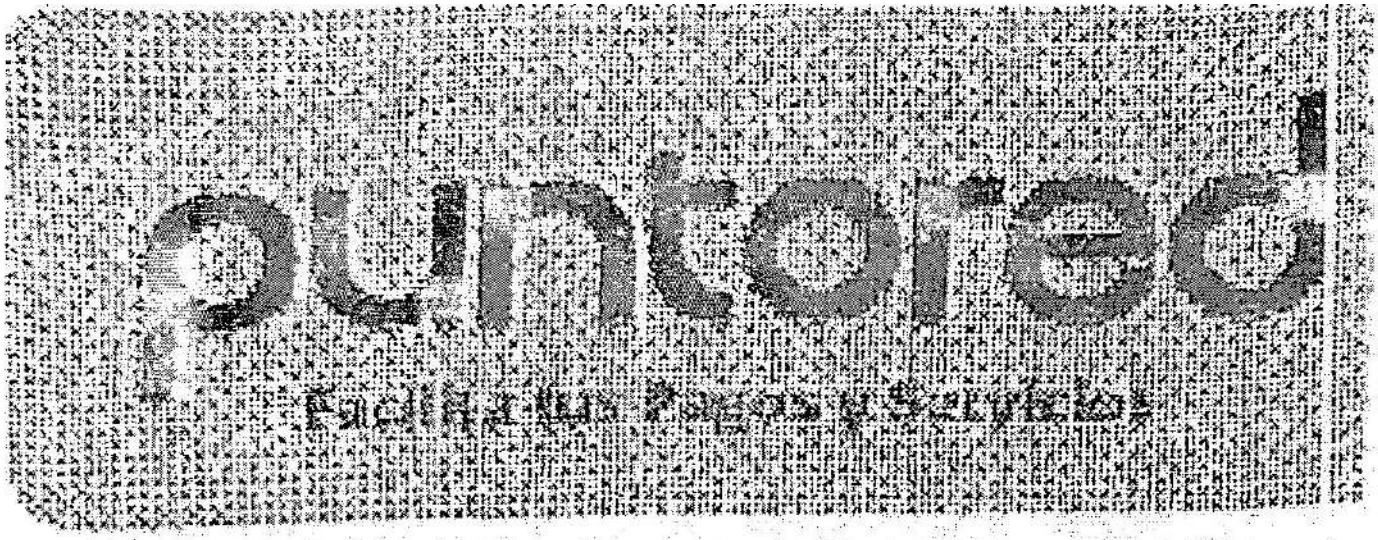

**RESUMEN DE PAGO**

| 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 |
| 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 | 14-1 | 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



2023/05/22 08:42 PM




Puntored no te cobra por esta transacción

PAGO DE PLANILLAS

TRANSACCIÓN EXITOSA

| | |
|---|---|
| Fecha | 18/05/2023 |
| Hora | 14:34:58 |
| Terminal | 336914 |
| Cod. Convenio | 1506 |
| Comercio | 458475 |
| No. aprob Banco | 167007 |
| Referencia | 9450496233 |
| No. aprob Puntored | 000026784736 |
| Valor | $ 150.700 |
| Usuario de Venta | JORGE ALBERTO ACEV |

Línea de atención Nacional
01 8000 512825 Opción 2 Email:
corresponsalesaval@gen-contacto.co

BANCO DE OCCIDENTE
VIGILADO SUPERINTENDENCIA
FINANCIERA DE COLOMBIA

Powered by CamScanner

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

**CUENTA DE COBRO No. 05**

**ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA**
**NIT 830.107.985-1**

**DEBE A:** YULY ALEXANDRA CONTRERAS DOMINGUEZ

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

**NOMBRE:** YULY ALEXANDRA CONTRERAS DOMINGUEZ
**CEDULA**: 53.075.707
**CUENTA BANCARIA:** 022552087 **BANCO:** BOGOTA **AHORRO** _X_ **CORRIENTE** ___
**LA SUMA DE: ($2.296.800)** Dos millones doscientos noventa y seis mil ochocientos pesos M/Cte.
**PERIODO:** Fase de Atención Mayo

**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 Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Yuly Contreras D.

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

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

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

| | |
|---|---|
| PROGRAMA | DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY |
| NOMBRE | YULY ALEXANDRA CONTRERAS DOMINGUEZ |
| CARGO | PSICOSOCIAL |
| PERIODO y FECHA | MAYO |

| FASE | PAGO No | PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES | FUENTES DE VERIFICACIÓN | PORCENTAJE | FECHA DE REVISION | CUMPLE | NO CUMPLE | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ATENCION MAYO | 4 | 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, de los 150 familias delegadas, Registrar en digital la lista de chequeo con las 7 atenciones por (Registro civil,eps,vacunas,crecimiento y desarrollo,control prenatal,vacunas,sisben) debe facilitar el filtrar<br>1.2 Acta de proceso o Formato de novedades | 10% | 1.1 OK<br>1.2 OK. | 30-05-2023 | | |
| | | 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 2 gestiones, por profesional psicosocial) | 2.1 Cartas de gestion con radicado<br>2.2 Matriz de Gestión interistitucional, historica incluir mayo | 5% | 2.1 OK<br>2.2 OK | 30-05-23 | | |
| | | 3. Validación criterios de focalizacion junto con el documento de identidad, de los nuevos ingresos del mes de mayo, que son 12 | 3.1 Formato Visita Criterios de Focalización 8 para los casos de ingreso nuevos que aplique<br>3.2 Subir al drive creado por grupo territorial los criterios de focalización de los participantes nuevos 4, a los cuales no aplico visita.<br>Se carga la totalidad de Criterios de Focalización de 12 participantes correspondientes a los tres grupos de atención delegados.<br>3.3 Cronograma de Visitas - Firma de las familias Visitadas (Formato APC)<br>3.4 Organizacion base de criterios enviada por los centros zonales(suba-kennedy)16 de mayo,nuevos ingresos a la fecha | 10% | 3.1. P<br>3.2 P<br>3.3 OK<br>3.4. OK | 30-05-23 | | de los 17 usuarios nuevos se realizaron 8 y 4 con sisben T 12 P 5. |
| | | 4. Realizacion procesos de caracterización, de los 17 ingresos nuevos de las Unidades delegdas en el territo. | 4.1 Link_ diligenciado por 17 nuevos participantes<br>4.2 Registro de 17 nuevos participantes, en el formato (f23.mo12.pp_formato_ficha_de_caracterizacion_para_los_servicios_de_atencion_a_la_primera_infancia_v2),<br>4.3 Informe de caracterización, Formato Word, 16 de Mayo | 10% | 4.1 OK<br>4.2 OK<br>4.3 OK | 30-05-23 | | |
| | | 5. Procesos de Formación y cualificación al Talento Humano Seleccionar el tema priorizado, de acuerdo a los resultados de la Caracterización. | 5.1 Registro Fotográfico<br>5.2 Planeación de la Jornada<br>5.3 Acta y Firmas | 10% | 5.1 OK<br>5.2 OK<br>5.3 OK | 30-05-23 | | |
| | | 6. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias, mayo (Escala cualitativa seguimiento al desarrollo) | 6.1 Planeación cargada al drive<br>6.2 Realización de los 9 talleres, de las UAS delegadas<br>6.3 Acta de proceso con listados de asistencias en físico y digital<br>6.4 Registro fotografico | 25% | 6.1 OK<br>6.2 OK<br>6.3 OK<br>6.4 OK | 30-05-23 | | |
| | | 7. Control Social y Proceso de buzon de sugerencias y control social, (proceso en compañía del comite de control Social). | 7.1 Acta de apertura e informe de lo arrojado con analisis cualitativo y cuantitativo,escribiendo algunas frases textuales<br>7.2 Evidencias fotograficas<br>7.3 Reunión Control Social, Acta reunión, Plan de trabajo formato ICBF | 5% | 7.1 OK<br>7.2 OK<br>7.3 P | 30-05-23 | | |
| | | 8. Seguimiento a poblacion migrante y desplazados. | 8.1 Base excel poblacion migrante y desplazados, Formatos APC | 5% | 8.1 OK | 30-05-23 | | se mal o niegal |
| | | 9. Activacion de rutas según sea el caso | 9.1 Formatos de seguimientos,remisiones.<br>9.2 Matriz de seguimiento a casos, priorizados y remitidos (Formato APC) 4 casos | 10% | 9.1 OK<br>9.2 OK | 30-05-23 | | |
| | | 10. Aportar a las cartillas de encuentro en el hogar, familiograma de cada familia participante | 10.1 Cartilla encuentro en el hogar Familiograma de los participantes que ingresaron en el mes 17<br>10.2 Seguimiento de los casos priorizados, en el apartado corespondiente | 5% | 10.1 OK<br>10.2 OK | 30-05-23 | | 4 casos |
| | | 11. Informe de gestión mensual en el formato f8 contractual y general de acciones | 11.1 Formato de Informe – Enviado por Coordinación Drive | 5% | 11.1. P | 30.05.23 | | |
| | | | | TOTAL 100% | | | | |

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

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

# Planilla Resumen

aportes en línea

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

## DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2023-04 | 2023-04 | 1000000974 | 9449628372 | I | 2023/05/03 | 2023/05/08 | BANCO BOGOTA | 5 | $338,900 |

## LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

| EMPLEADO | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSION | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No | Identificación | Nombre | ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip | Codigo | Dias | IBC | Aporte |
| SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $1,160,000 | $185,600 |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $1,160,000 | $185,600 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $1,160,000 | $185,600 |
| 1 | CC 53075707 | CONTRERAS YULY | | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 30 | $1,160,000 | $185,600 |
| Total Afiliados( 1) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $1,160,000 | $185,600 |

| | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 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 | $145,000 | | | $0 | $0 | | | $1,160,000 | | $6,100 | | $0 | $0 | | $336,700 |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados) | | | $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 | | | $0 | $0 | | | $1,160,000 | | $6,100 | | $0 | $0 | | $336,700 |
| 1 CC 53075707 CONTRERAS YULY | 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 | $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 |
| 2023-04 | 2023-04 | 1000000974 | 9449628372 | I | 2023/05/03 | 2023/05/08 | BANCO BOGOTA | 5 | $338,900 |


## RESUMEN DE PAGO

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $185,600 | $1,200 | $0 | $186,800 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $185,600 | $1,200 | $0 | $186,800 |
| 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 | $900 | $0 | $145,900 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $145,000 | $900 | $0 | $145,900 |
| TOTAL | | | | 1 | $336,700 | $2,200 | $0 | $338,900 |

PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

Comprobante de Pago Banco de Bogotá

**PAGO DE OBLIGACIÓN FINANCIERA**

**que fue realizado a través de Banca Móvil Banco de Bogotá.**

• • • • • • • • •

- **Número de Autorización:** 007306
- **Fecha y Hora:** 2023-05-08 12:29:42
- **Cuenta Origen de Fondos:** Cuenta de Ahorros No. 2087
- **Banco:** Banco de Bogotá
- **Nombre de obligación:** Planilla As Aportes En Linea
- **Número de Obligación:** 9449628372
- **Monto:** $ 338.900,00
- **Resultado:** Exitoso
- **Costo de la transacción (Sin IVA):** $ 0,00
- **Canal:** Banca Movil - Smartphones
- **IP de Origen:** 191.156.48.1

**¡Tu pago fue exitoso!**

Número de autorización: 007306

Fecha y hora: 08/05/23 - 12:29

**Planilla As Aportes En Linea**

No. de planilla 9449628372

| | |
|---|---|
| Valor | $ 338.900,00 |
| Costo de la transacción | Gratis |

PAGADO

El pago se realizó desde:

**Cuenta de Ahorros**

No. 022552087

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

**CUENTA DE COBRO No. 01**

**ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA**
**NIT 830.107.985-1**

**DEBE A:** MELISSA ALTAMAR NOGUERA

**CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS**
**No. APC2023-DIMF KENNEDY-CON041**

**NOMBRE:** MELISSA ALTAMAR NOGUERA
**CEDULA:** 1.143.119.647
**CUENTA BANCARIA: 130210107** **BANCO:** BOGOTA **AHORRO** _X_ **CORRIENTE** ___
**LA SUMA DE: ($2.296.800)** DOS MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL OCHO CIENTOS PESOS M/Cte.
**PERIODO:** FASE DE ATENCION: MAYO

**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 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 ocho cientos 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: Melissa Altamar Noguera
C.C. 1.143.119.647
Correo: melissa.altamarnog@outlook.com
Dirección: Cra 51A # 3A - 36
Telefono:3183703708

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

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

| | |
|---|---|
| PROGRAMA | DIME GESTANDO FUTURO KENNEDY |
| NOMBRE | MELISSA ALTAHAR P |
| CARGO | NUTRICIONISTA |
| PERIODO y FECHA | MAYO |

| FASE | PAGO No | PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES | FUENTES DE VERIFICACIÓN | PORCENTAJE | FECHA DE REVISION | CUMPLE | NO CUMPLE | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ATENCIÓN MAYO | 4 | 1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias como se establece en Cronograma de Capacitación, ejecutando a la propuesta de cada Nutricionista por territorio. (Realización piezas comunicativas para la divulgación de los temas de salud y nutrición, las cuales podrán ser utilizados por los agentes educativos o compartidos por canales de comunicación digital.)<br><br>1.1. Estrategia IEC: Promoción de la alimentación saludable<br>1.2. Promoción de la lactancia materna: Métodos de extracción y conservación<br>1.3. El tema establecido en su informe diagnóstico de acuerdo a las necesidades de la UA.<br>2. Cualificación al Talento Humano, según Cronograma de estrategia IEC (Información Educación y Comunicación en SAN):<br>Temas de Mayo:<br>2.1. Estrategia IEC: Promoción de la alimentación saludable<br>2.2. Promoción de la lactancia materna: Métodos de extracción y conservación<br><br>3. Tamizaje masivo al 100% de los participantes.<br>Nota: para los ingresos del mes, se realiza única toma que valdrá como toma de ingreso y tamizaje general. | 1.1 Planeación cargada al drive<br>1.2 Acta Proceso de formación y Promoción de la lactancia materna con listados de asistencias, fotografía en físico y digital.<br>1.3 Acta de proceso de formación_ Estrategia IEC (divulgación, desarrollo de toma por parte de agentes educativos) con listados de asistencias, fotografía en físico y digital.<br><br>2.1 Planeación cargada al drive<br>2.2 Acta de proceso con listados de asistencias en físico y digital.<br>2.3 Registro Fotográfico<br><br>3.1. Caracterización de fecha con coordinador de territorio para la realización del tamizaje masivo<br>3.2. Formato F11 y F16 según corresponda, este debe entregarse al finalizar la toma en PDF con firma del nutricionista que realiza la toma.<br>3.3. Formato tamizaje nutricional (formato APC) este se utiliza con el fin de recolectar todos los datos complementarios que se requiere diligenciar en cuéntame. | 20% | 30-05-2023 | 1.1 OK<br>1.2 OK<br>1.3 OK | | |
| | | | | 10% | 30-05-23 | 2.1 OK<br>2.2 OK<br>2.3 OK | | |
| | | | | 30% | 30-05-23 | 3.1 OK<br>3.2 OK<br>3.3 OK | | |
| | | 4. Cargar a la plataforma Cuéntame los datos correspondientes al 100% de los participantes activos. | 4 cargue el cuéntame del 100% de los datos antropométricos y variables de salud, con calidad y veracidad, al terminar la toma, es responsabilidad del nutricionista descargar el reporte, validad FALG, perímetros braquial menor a 11.5, casos de DNT aguda para activación inmediata de ruta de Desnutrición. | 10% | 30-05-23 | | | Faltan 7 usuarios por cargue |
| | | 5. Seguimiento Nutricional a Casos (Casos Evento 113, Casos de Desnutrición reporte cuéntame y Casos de Riesgo de desnutrición aguda reporta cuéntame) | Casos Desnutrición N. 1 : ( descargados por aplicativo cuéntame y los que se han reportado en meses anteriores)<br>5.1. Correo electrónico EAPB<br>5.2. PCR a la EAPB<br>5.3. Remisión a la familia (Formato APC)<br>5.4. Seguimiento Nutricional (Formato APC)<br>5.5 Seguimiento mensual en cuéntame (toma de antropometría mensual)<br><br>Casos Riesgos de Desnutrición Aguda N. ____ (priorización para encuentro en el hogar)<br>5.5. Matriz de seguimiento a casos<br>5.6. Seguimiento canastilla encuentros en el hogar<br><br>Evento 113 N. 0 : De acuerdo a las solicitudes del CZ, los casos que desde la secretaría de salud sean identificados y notificados como desnutrición aguda, deberán contar con seguimiento y acercamiento a las familias para la validación de servicios recibidos por la EAPB, tales como:<br>5.7. Entrega de FTLC.<br>5.8. consulta de CYC; nutrición, pediatría, exámenes complementarios.<br>5.9. La información recibida deberá registrarse en formato de acta APC anexando los soportes que la familia entregue.<br>5.10 Cargue mensual al cuéntame de datos antropométricos | 15% | 20-05-23 | | | Pogeles |
| | | 6. Acompañar y apoyar la entrega de RFPP, Refrigerios y Bienestarina . | 6.Formatos 6.1. Formato de Verificación de calidad y cantic | 5% | 30-05-23 | 6.0K<br>6.1 OK | | |
| | | 7. Informe de gestión mensual en el formato 19 contractual y general de acciones | 7. Formato de Informe - Enviado por Coordinación Drive | 20% | 30-05-23 | 7.0K | | |
| | | | | TOTAL 100% | | | | |

| | |
|---|---|
| FIRMA CONTRATISTA | |
| NOMBRE: | MELISSA ALTAHAR |
| C.C. | 1.193.119.697 |

| | |
|---|---|
| FIRMA COORDINADORA | |
| NOMBRE: | ENITH CE ROJAS |
| C.C. | 52.X89.6 |

Banco de Bogotá

Nit.890.001.984-4
Calle 36 Nº 7- 47 Bogotá

**REFERENCIA BANCARIA**

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que MELISSA JULIETH ALTAMAR NOGUERA, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 1.143.119.647 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 130210107, abierta/o desde el 2/5/2023.

Se expide en Bogotá el dia 3 del mes de Mayo del año 2023

Firma Autorizada

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.143.119.647
ALTAMAR NOGUERA

APELLIDOS
MELISSA JULIETH

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 25-MAR-1990
BARRANQUILLA
(ATLANTICO)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

20-JUN-2008 BARRANQUILLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-0300150-00091562-F-1143119647-20081009 0004148667A 1 29705197

# PAGOSIMPLE | Pago a las Administradoras

**Fecha Creación Reporte:** 2023-05-25 11:11:49 AM **Tipo Planilla:** : Planilla independientes **Número Planilla:** 1054951154

**Periodo Cotización:** abril de 2023

**Periodo Servicio:** abril de 2023

**PAGADO 25/05/2023**

## Datos del Aportante

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | MELISSA JULIETH ALTAMAR NOGUERA | | |
| **Documento** | CC1143119647 | **Dirección** | CR 51 #3 - 36 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3183703708 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | MADRID | **Departamento** | CUNDINAMARCA |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |

## Detalle de los Pagos por Administradora

| Nit | Código | Nombre Administradora | Afiliados | Valor Sin Mora | Valor Mora | Total Pagado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| N800229739 | 230201 | PROTECCION | 1 | $ 266.100 | $ 4.500 | $ 270.600 |
| N860011153 | 14-23 | POSITIVA DE SEGUROS | 1 | $ 40.600 | $ 700 | $ 41.300 |
| N800088702 | EPS010 | EPS SURA | 1 | $ 207.900 | $ 3.500 | $ 211.400 |
| Total Pagado | | | | $ 514.600 | $ 8.700 | $ 523.300 |



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!

EPS

sura

# CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

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

## CERTIFICA

Que **MELISSA JULIETH ALTAMAR NOGUERA** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1143119647** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

| | |
|---|---|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 1143119647 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | MELISSA JULIETH ALTAMAR NOGUERA |
| 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 | 01/06/2022 |
| FECHA RETIRO EPS SURA | ACTIVO(A) |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA | 109 |
| SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO | 43 |

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
**Fecha de generación:** **22/05/2023**

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

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario: 14916797528

(415)7707212489984(8020) 000001491679752 8

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 1 4 3 1 1 9 6 4 7 | 8 | Impuestos de Bogotá 3 2 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1143119647 | 2 0 0 8 0 6 2 0 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Atlántico 0 8 | Barranquilla 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| ALTAMAR | NOGUERA | MELISSA | JULIETH |

35. Razón social

36. Nombre comercial | 37. Sigla

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Cundinamarca 2 5 | Madrid 4 3 0 |

41. Dirección principal: CR 1 6 79 TO 4 AP 401

42. Correo electrónico: melissa.altamarnog@gmail.com

43. Código postal | 44. Teléfono 1: 3 1 8 3 7 0 3 7 0 8 | 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 |
| 7 4 9 0 | 2 0 1 3 0 4 1 2 | 8 6 9 9 | 2 0 2 2 0 1 0 6 | | | | |

### 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 5 4 9

05 - Impto. renta y compl. régimen ordinar

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 - 05 - 27 / 09 : 32: 21

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

Firma del solicitante:

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

984. Nombre: ALTAMAR NOGUERA MELISSA JULIETH

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

DOCUMENTO SIN CERTIFICADO

seguros mundial®

tu compañía siempre

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

Código de Seguridad: VLKB49QBsYnVsdVYFIKGNQg==

**COMPAÑIA 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-PPSUS2R000000059-D001

| No. PÓLIZA | COQ-100000448 | No. ANEXO | 0 | No. CERTIFICADO | 532000744 | No. RIESGO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO DE DOCUMENTO | | | | FECHA DE EXPEDICIÓN | 24/05/2023 | SUC. EXPEDIDORA | CEN ORINOQUIA |

| VIGENCIA DESDE | | VIGENCIA HASTA | | DIAS | VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE | | VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 00:00 Horas Del | 04/05/2023 | 24:00 Horas Del | 31/12/2023 | | N/A | N/A | N/A | N/A |

| | | | |
|---|---|---|---|
| TOMADOR | ALTAMAR NOGUERA, MELISSA JULIETH | No. DOC. IDENTIDAD | 1.143.119.647 |
| DIRECCIÓN | CALLE 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-CON046 , CUYO OBJETO ES

EL CONTRATISTA EN SU CALIDAD DE TRABAJADOR INDEPENDIENTE, SE OBLIGA PARA CON EL CONTRATANTE A PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO NUTRICIONISTA
EN EL MARCO DEL CONTRATO DE APORTE SUSCRITO CON EL ICBF PARA LA ATENCIÓN DEL CDI DIMF, LO CUAL COMPORTA EL DESPLIEGUE DE TRABAJOS Y DEMÁS ACTIVIDADES PROPIAS DEL SERVICIO CONTRATADO EL CUAL DEBE REALIZAR DE CONFORMIDAD CON LOS PARÁMETROS DEFINIDOS EN EL MANUAL DE FUNCIONES DIVULGADO A EL CONTRATISTA.

| NOMBRE DEL AMPARO | VIGENCIA DESDE | VIGENCIA HASTA | SUMA ASEGURADAS | VALOR PRIMAS |
|---|---|---|---|---|
| CUMPLIMIENTO | 00:00 Horas Del 04/05/2023 | 24:00 Horas Del 31/12/2023 | 2.725.536,00 | 10.000,00 |
| CALIDAD DEL SERVICIO | 00:00 Horas Del 04/05/2023 | 24:00 Horas Del 31/12/2023 | 2.725.536,00 | 10.000,00 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | TOTAL ASEGURADO | $ 5.451.072,00 | |

| INTERMEDIARIOS | TIPO | % PARTICIPACION |
|---|---|---|
| ASESORIAS Y SOLUCIONES M&M LTDA | AGENCIAS | 100,00 |
| | | |

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

**DISTRIBUCIÓN COASEGURO**

| COMPAÑIA | TIPO COASEGURO | PÓLIZA LÍDER | CERTIF. LÍDER | % PARTICIPACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |

| CONVENIO DE PAGO | DIRECTO EFECTIVO, Fecha de Pago: 24/05/2023 |
|---|---|

## 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, 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 LLAMARNOS 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.

HOJA No.

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 Seguros Transamerican Surety Association

# LA COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A

## CERTIFICA:

Que la garantía de Cumplimiento contenida en la póliza **COQ-100000448** y endoso, **0** cuyo afianzado es: **ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA / ALTAMAR NOGUERA, MELISSA JULIETH** Asegurado o Beneficiario: **ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA** , expedida por la Compañía en **24/05/2023**, 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 **MAYO** 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 CAMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA Y PASA - APF

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

**CUENTA DE COBRO No. 03**

**ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA**
**NIT 830.107.985-1**

**DEBE A:** GLORIA STEFANY RODRIGUEZ CARREÑO

**CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS**
**No. APC2023-DIMF KENNEDY-CON043**

**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 ATENCION: MAYO

**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 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,

NOMBRE: Gloria Stefany Rodriguez Carreño
C.C. 1.016.074.416
Correo: gstefy05@gmail.com
Dirección: Kra 101 # 25B-11 Blq 7 Apto 301
Teléfono: 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 |
| CARGO | NUTRICIONISTA |
| PERIODO y FECHA | MAYO |

| FASE | PAGO No | PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES | FUENTES DE VERIFICACIÓN | PORCENTAJE | FECHA DE REVISION | CUMPLE | NO CUMPLE | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ATENCIÓN MAYO | 4 | 1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias como se establece en Cronograma de Capacitación, de acuerdo a la propuesta de cada Nutricionista por territorio. (Realización piezas comunicativas para la divulgación de los temas de salud y nutrición, los cuales podrán ser utilizados por los agentes educativos o compartidos por canales de comunicación digital. )<br><br>1.1. Estrategia IEC: Promoción de la alimentación saludable<br>1.2. Promocion de la lactancia materna: Metodos de extracción y conservación<br>1.3. El tema establecido en su informe diagnostico de acuerdo a las necesidades de la UA. | 1.1 Planeación cargada al drive<br>1.2 Acta Proceso de formación y Promocion de la lactancia materna,con listados de asistencias, fotografía en físico y digital.<br>1.3 Acta de proceso de formación_ Estrategia IEC (divulgación, desarrollo de tema por parte de agentes educativos) con listados de asistencias, fotografía en físico y digital. | 20% | 30-05-23 | 1.1 OK<br>1.2 OK<br>1.3 OK | | |
| | | 2. Cualificación al Talento Humano, según Cronograma de estrategia IEC (Información Educación y Comunicación en SAN)<br>Temas de Marzo:<br>2.1. Estrategia IEC: Promoción de la alimentación saludable<br>2.2. Promoción de la lactancia materna: Metodos de extracción y conservación | 2.1 Planeación cargada al drive<br>2.2 Acta de proceso con listados de asistencias en físico y digital.<br>2.3 Registro Fotografico | 10% | 30-05-23 | 2.1 OK<br>2.2 OK<br>2.3 OK | | |
| | | 3. Tamizaje masivo al 100% de los participantes.<br>Nota: para los ingresos del mes, se realiza única toma que valdrá como toma de ingreso y tamizaje general. | 3.1. Concertación de fecha con coordinador de territorio para la realización del tamizaje masivo<br>3.2. Formato F11 y F16 según corresponda, este debe entregarse al finalizar la toma en PDF con firma del nutricionista que realiza la toma.<br>3.3. Formato borrador de tamizaje nutricional (formato APC) este se utiliza con el fin de recolectar todos los datos complementarios que se requiere diligenciar en cuéntame. | 30% | 30-05-23 | 3.1<br>3.2<br>3.3 | | |
| | | 4. Cargar a la plataforma Cuéntame los datos correspondientes al 100% de los participantes nuevos. | 4.cargue al cuéntame del 100% de los datos antropométricos y variables de salud, con calidad y veracidad, al terminar la toma, es responsabilidad del nutricionista descargar el reporte, validad FALG, perimetro braquial menor a 11.5, casos de DNT aguda para activación inmediata de ruta de Desnutrición. | 10% | 30-05-23 | 4. | | OK<br>1.550 P |
| | | 5. Seguimiento Nutricional a Casos (Casos Evento 113, Casos de Desnutrición reporte cuéntame y Casos de Riesgo de desnutricion aguda reporte cuéntame) | Casos Desnutrición N. 0 : ( descargados por aplicativo cuéntame y los que se han reportado en meses anteriores)<br>5.1. Correo electrónico EAPB<br>5.2. PQR a la EAPB<br>5.3. Remisión a la familia (Formato APC)<br>5.4. Seguimiento Nutricional (Formato APC)<br>5.5 Seguimiento mensual en cuéntame (toma de antropometria mensual)<br><br>Casos Riesgos de Desnutrición Aguda N. _____ (priorización para encuentro en el hogar)<br>5.5. Matriz de seguimiento a casos<br>5.6. Seguimiento cartilla encuentros en el hogar<br><br>Evento 113 N. 0 : De acuerdo a las solicitudes del CZ los casos que desde la secretaria de salud sean identificados y notificados como desnutrición aguda, deberán contar con seguimiento y acercamiento a las familias para la validación de servicios recibidos por la EAPB, tales como:<br>5.7. Entrega de FTLC;<br>5.8. consulta de CYD; nutrición, pediatría, exámenes complementarios.<br>5.9. La información recibida deberá registrarse en formato de acta APC anexando los soportes que la familia entregue.<br>5.10 Cargue mensual al cuéntame de datos antropométricos | 15% | 30-05-23 | N/A | | |
| | | 6. Acompañar y apoyar la entrega de RFPP, Refrigerios y Bienestarina . | 6.Formatos: 6.1. Formato de Verificación de calidad y cantid | 5% | 30-05-23 | 6.1 OK | | |
| | | 7. Informe de gestión mensual en el formato f8 contractual y general de acciones | 7. Formato de Informe – Enviado por Coordinación Drive | 10% | 30-05-23 | 7 OK | | |
| | | | | TOTAL 100% | | | | |

| | |
|---|---|
| FIRMA CONTRATISTA | GLORIA STEFANY R. |
| NOMBRE: | GLORIA STEFANY RODRIGUEZ |
| C.C. | 1012603446 |

| | |
|---|---|
| FIRMA COORDINADORA | Emilce R |
| NOMBRE: | Emilce Roles |
| C.C. | 52386956 |

Gmail

Stefany Rodriguez C <gstefy05@gmail.com>

## Confirmación Transacción PSE - CUS 2075026392

1 mensaje

**serviciopse@achcolombia.com.co** <serviciopse@achcolombia.com.co>
Para: gstefy05@gmail.com

11 de mayo de 2023, 7:28




# ¡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: 2075026392
Empresa: COMPENSAR-OI
Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Valor de la Transacción: $ 531.000
Fecha de Transacción: 11/05/2023

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.

ach COLOMBIA

TransaccionesACH @ACH_Informa

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 | 1018074415 | GLORIA STEFANY RODRIGUEZ CARREÑO | CR 101 25B11 BL 7 AP 301 | 8612544 | gstefy05@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | 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 | |
| 2023-04 | 2023-04 | 1 | 11/05/2023 | 87773094 | $531.000 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Codigo 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 | 200.000 | 0 | | 0 | | 0 | 6 | 1.500 | 0 | 201.500 | 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 |
| 230201 | Proteccion (INC. Proteccion) | 800144339-0 | 256.000 | 0 | 0 | | 0 | 6 | 1.900 | 0 | 257.900 | 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 | | | | | | | | | | |
| 14-23 | Positiva Seguros | 860011153-6 | 39.000 | | | | 39.000 | 6 | 300 | 39.300 | | | 390 | 39.300 | 1 |

| TOTALES CAJAS | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Dias Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 32.000 | 6 | 300 | 32.300 | 1 |

| 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 | 200.000 | 201.500 |
| Pension | 1 | 256.000 | 257.900 |
| Riesgos Laborales | 1 | 39.000 | 39.300 |
| CCF | 1 | 32.000 | 32.300 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 4 | 527.000 | 531.000 |

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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NUMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | 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 | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2023-04 | 2023-04 | I | 11/05/2023 | 67773094 | $531.000 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACION COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | PENSION | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotiza en | Trabaja en | Extranjero | Colomb. retornado | Perfil IBC | Ing. | Ret. | Tde. | Tat. | Tdp. | Tap. | Vsp. | Vst. | Sln. | Ige. | Lma. | Vac. | Avp. | Vct. | Irl. | Cot. Reducida | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Días de Rango | 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 | 57 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 1.600.000 | 256.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS005 | 1.600.000 | 256.000 | 14-23 | 1.600.000 | 8 | 32.000 | CCF24 | 1.600.000 | 32.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

Ciudad: Bogotá Mes: MAYO Día: 30 Año: 2023

**CUENTA DE COBRO No. 04**

**ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA**
**NIT 830.107.985-1**

**DEBE A:** ANGELA LILIANA CARO PULIDO

**CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS**
**No. APC2023-DIMF KENNEDY-CON018**

**NOMBRE:** ANGELA LILIANA CARO PULIDO
**CEDULA**: 52.750.469
**CUENTA BANCARIA:** 060375193 **BANCO:** BOGOTA **AHORRO** _X_ **CORRIENTE** ___
**LA SUMA DE: ($1´969.612)** UN MILLON NOVECIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS DOCE PESOS M/Cte.
**PERIODO:** FASE DE ATENCION MAYO

**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 vinculo 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 Rocío 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
Teléfono: 318-3940086

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

| | |
|---|---|
| PROGRAMA | DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY |
| NOMBRE | Angela Liliana Caro |
| CARGO | APOYO PEDAGOGICO UDS |
| PERIODO y FECHA | MAYO |

| FASE | PAGO No | PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES | FUENTES DE VERIFICACIÓN | PORCENTAJE | APOYO PEDAGOGIO : FECHA DE REVISION | CUMPLE | NO CUMPLE | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ATENCION MAYO | 4 | 1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales<br>**Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación y subidos al drive correspondiente del Grupo de Atencion** | 1.1 **Planeación Grupal**, con las cuatro planeaciones de las áreas correspondientes (Formato ICBF) **-20 Mayo**<br>1.2 **Cartilla digital.**<br>**i.** Parte uno: conociendonos al 100% diligenciada. **20 mayo**<br>ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada. **20 mayo**<br>iii Diligenciamiento de la parte dos: Priorización de Practicas, -20 mayo<br>iv. **Diligenciamiento de la movilizacion social: Mayo Gestar con Amor.** | 10% | 30/05/23 | 1.1 OK<br>1.2 OK<br>1.3 OK<br>1.4. OK<br>1.5 OK<br>1.6 OK | | |
| | | 2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF)<br>**Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación, tener en cuenta lo planeado en los microproyectos** | 2.1. Planeacion Encuentro en el hogar (1 por cada participante - cargada en en el cuaderno digital en el drive correspondiente - de acuerdo al grupo etario)- **20 mayo**<br>2.2 Cronograma de visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/o 59 encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente.20 **mayo**<br>**2.3 Cartilla digital Parte uno:**<br>i. Conociendonos al 100% diligenciada,**20 mayo**<br>ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, **20 mayo**<br>iii. Diligenciamiento de la parte dos: Priorización de Practicas. **20 mayo**<br>iv. **Seguimiento al desarrollo, escala de valoración** | 10% | 30/05/23 | 2.1 OK<br>2.2 OK<br>2.3 OK | | |
| | | 3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en fisico como en drive (50) | Actualización de los nuevos participantes **1ê de mayo**<br>3.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante<br>3.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA<br>3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA __<br>3.4 Archivo Fisico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas ( carpetas)<br>3.5 formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF | 20% | 30/05/23 | 3.1 OK<br>3.2 OK<br>3.3 OK<br>3.4. OK<br>3.5 OK | | |
| | | 4. Entrega de las escalas | **4.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que ingresaron en el mes febrero__. (documento en fisico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante)** | 15% | 30/05/23 | | | |
| | | 5. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento | 5.1 Apoyar en el seguimiento de **novedades de inasistencia, casos de estados de salud, puerperios, hechos de violencias y demás que se presenten en los encuentros por grupo de atencion** | 15% | 30/05/23 | | | |
| | | 6. Formato de ficha de caracteriación de practicas y acciones f7 | 6.1 3 Apoyar en los Archivos de excel de practicas (1 x UA) participantes nuevos | 15% | 30/05/23 | | | |
| | | 7. Generar espacios y ambientes enriquecidos que falliciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS | 7.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS que se esan asignados. 25 mayo<br>7.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica<br>7.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación.- 20 mayo | 15% | 30/05/23 | 7.1 OK<br>7.2 OK<br>7.3 OK | | |
| | | | TOTAL | 100% | 30/05/23 | | | |

| | |
|---|---|
| FIRMA CONTRATISTA | Angela Caro. |
| NOMBRE: | Angela Caro |
| C.C. | 52750469 Bta. |

| | |
|---|---|
| FIRMA COORDINADORA | Emilce R |
| NOMBRE: | Emilce Rojas |
| C.C. | 52[illegible]8596 |

aportes en línea

# Resumen General de Pago

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Dirección | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 52750469 | | CARO PULIDO ANGELA LILIANA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | Cra 78F Q - 33 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 7111111 | SI |

**DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN**

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2023-04 | 2023-04 | 1000000547 | 94502648822 | I | 2023/05/16 | 2023/05/16 | 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 | |

PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

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 | Días Mora | Valor |
| 2023-04 | 2023-04 | 1000000547 | 94502488ZZ | I | 2023/05/16 | 2023/05/16 | 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 |



2023/05/16 03:08 PM

## ¡Tu pago fue exitoso!

Número de autorización: 006568

Fecha y hora: 16/05/23 - 12:10

# Planilla As Aportes En Linea

No. de planilla 9450248822

| | |
|---|---|
| Valor | $ 336.700 ,00 |
| Costo de la transacción | Gratis |

Banco de Bogotá
PAGADO

El pago se realizó desde:

**Cuenta de Ahorros**

No. 060375193

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

**CUENTA DE COBRO No. 5**

**ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA**
**NIT 830.107.985-1**

**DEBE A:**

**CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS**
**No. APC 2023_DIMF KENNEDY- CON037**

**NOMBRE:** LUZ MARINA DIAZ CORREDOR
**CEDULA**: 51.746.897
**CUENTA BANCARIA:** 060375912 **BANCO:** BOGOTA **AHORRO _X_ CORRIENTE ___**
**LA SUMA DE: ($1´969.612)** UN MILLON NOVECIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS DOCE PESOS M/Cte.
**PERIODO:** Fase De Atención Mayo.

**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

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 Hazinda Diaz Cervera |
| CARGO | APOYO PEDAGOGICO UDS |
| PERIODO y FECHA | MAYO |

| FASE | PAGO No | PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES | FUENTES DE VERIFICACIÓN | PORCENTAJE | APOYO PEDAGOGIO : FECHA DE REVISION | CUMPLE | NO CUMPLE | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ATENCION MAYO | 4 | 1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales<br><br>**Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación y subidos al drive correspondiente del Grupo de Atencion** | 1.1 **Planeación Grupal**, con las cuatro planeaciones de las áreas correspondientes (Formato ICBF) **-20 Mayo**<br>1.2 **Cartilla digital:**<br>i. Parte uno: caracterizandonos al 100% diligenciada, **20 mayo**<br>ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, **20 mayo**<br>iii Diligenciamiento de la parte dos: Priorización de Practicas, -20 **mayo**<br>iv. Diligenciamiento **de la movilizacion social: Mayo Gestar con Amor.** | 10% | | 1.1 OK<br>1.2 OK<br>2. OK<br>OK<br>OK | | |
| | | 2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF)<br><br>**Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación, tener en cuenta lo planeado en los microproyectos** | 2.1. **Planeacion Encuentro en el hogar** (1 por cada participante - cargada en en el cuaderno digital en el drive correspondiente - de acuerdo al grupo etareo)- **20 mayo**<br>2.2 **Cronograma** de visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/o ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente.**20 mayo**<br>2.3 **Cartilla digital Parte uno:**<br>i. Conociendonos al 100% diligenciado,**20 mayo**<br>ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, **20 mayo**<br>iii. Diligenciamiento de la parte dos: Priorización de Practicas, 20 **mayo**<br>iv. **Seguimiento al desarrollo, escala de valoración** | 10% | | 2.1 OK<br>2.2 OK<br>2.3 OK | | |
| | | 3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en fisico como en drive (50) | Actualizacion de los nuevos participantes **16 de mayo**<br>3.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante<br>3.2 Acomodación de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA<br>3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA<br>3.4 Archivo Fisico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas ( carpetas)<br>3.5 formato de uso de Imagenes y de inscripcion de ICBF | 20% | | 3.1 OK<br>3.2 P<br>3.3 P<br>3.4 P<br>3.5 P | | |
| | | 4. Entrega de las escalas | 4.1 **Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que ingresaron en el mes febrero 23 (documento en fisico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante)** | 15% | | 4.1 OK | | |
| | | 5. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento | 5.1 Apoyar en el seguimiento de novedades de inasistencia, casos de estados de salud, puerperios, hechos de violencias y demás que se presenten en los encuentros por grupo de atencion | 15% | | 5.1 P | | incolo 4. |
| | | 6. Formato de ficha de caracteriación de practicas y acciones f7 | 6.1 3 Apoyar en los Archivos de excel de practicas (1 x UA) participantes nuevos | 15% | | | | |
| | | 7. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faliciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las Intencionalidades de la UDS | 7.1 Ambientación de espacios fisicos de la UDS que se sean asignados. 23 mayo<br>7.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica<br>7.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación.- 20 mayo | 15% | | 7.1 OK<br>7.2 OK<br>7.3 OK | | |
| | | | TOTAL | 100% | | | | |

| | |
|---|---|
| FIRMA CONTRATISTA | |
| NOMBRE: | Luz Hazinda Diaz C. |
| C.C. | 51746897 |

| | |
|---|---|
| FIRMA COORDINADORA | Emilce P |
| NOMBRE: | Emilce Rojas A |
| C.C. | 52278696 |

compensar | miplanilla.com

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:** 3226045363
**Correo:** elvimar64@hotmail.com
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.
**Número de Planilla:** 8367972489

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 | 8367972489 |
| Fecha pago | 2023-05-23 |
| Número de autorización pago | 22224558 |
| Banco | 1023 |

| | |
|---|---|
| Número de Empleados | 1 |
| Periodo de Cotización Salud | abril de 2023 |
| Periodo de Cotización Pensión | abril de 2023 |
| Número de Administradoras | 3 |
| Total Pagado | 414100 |
| Total Intereses de Mora | 0 |

PAGADA

8367972489

| 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 | 222400 | 2 |

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

| 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 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 77400 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 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

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

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 937352631 DU: 050665

Cajero: USHERNANDE

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

Fecha: 20/05/2023 11:22:25

PS Recaudador:
996489 KENNEDY CALLE 36 SUR

Cantidad cupones: 1

Nombre: nae
Apellido 1: nae
NUM PLANILLA: 8367972489
TIPO DE IDENTIFICACION: CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO IDENTIFICACION: 51746897
PERIODO: 202304
Referencia Valor
8367972489 $414.100,00

Valor recibido: $414.100,00
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, entiendasa que manifiesto verbalmente mi autorizacion para el tratamiento de los datos personales que voluntariamente he entregado a Efectivo Ltda., estos datos puedan ser utilizados unica y exclusivamente pera la prestacion del servicio convenido.

Linea de servicio al cliente: (1) 6510101
servicioalcliente@efecty.com.co
www.efecty.com.co

- Número de celular
- Periodo de pago
- Operador de información: miplanilla.com

51746897

(Corresponde al número de identificación)

Periodo Pensión Salud: Abril 2023

Aplica para independientes con ingreso mensual inferior a 4 smlv. Para los demás aportantes consulte nuestros puntos y el procedimiento completo en efecty.com.co

**Número de pago en otras entidades**

**Periodo Pensión - Salud: Abril 2023**

8367972489

(Corresponde al número de planilla)

Puntos de pago el mismo día de generación de la planilla:
Punto 4-72, Punto Red, Punto de Pago, Supergiros Compensar (Autopista Sur, Av. Pandero, Av. Mayo, Kennedy, Calle 26, Avenida 68, Calle 42 y Sibul, Banco de Bogotá, Banco de Occidente, Red de Oficinas ATH, Almacenes Grupo Exito.

Puntos de pago el día siguiente al de la generación de la planilla:
Banco AV Villas y Red Dorada.

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

Información importante: Con el objetivo de evitar inconvenientes 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).

Consulte las redes de pago para pago presencial o a través de las cuales podrá realizar

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

**CUENTA DE COBRO No. 04**

**ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA**
**NIT 830.107.985-1**

**DEBE A:** LUZ OMAIRA SALAMANCA GUZMÁN

**CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS**
**No. APC2023- DIMFKENNEDY- CON054**

**NOMBRE:** LUZ OMAIRA SALAMANCA GUZMÁN
**CEDULA**: 1.024.546.491
**CUENTA BANCARIA:** 450258918 **BANCO:** BOGOTA **AHORRO** _X_ **CORRIENTE** ___
**LA SUMA DE: ($1.969.612)** Un millón novecientos sesenta y nueve mil seiscientos doce pesos M/Cte.
**PERIODO:** Fase de atención Mayo.

**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 Lucio Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

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

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

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

| | |
|---|---|
| PROGRAMA | DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY |
| NOMBRE | LUZ OMAIRA SALAMANCA GUZMAN |
| CARGO | APOYO PEDAGOGICO UDS |
| PERIODO y FECHA | MAYO |

| FASE | PAGO No | PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES | FUENTES DE VERIFICACIÓN | PORCENTAJE | APOYO PEDAGOGIO : FECHA DE REVISION | CUMPLE | NO CUMPLE | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ATENCION MAYO | 4 | 1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales<br><br>**Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación y subidos al drive correspondiente del Grupo de Atencion** | 1.1 **Planeación Grupal,** con las cuatro planeaciones de las áreas correspondientes (Formato ICBF) **-20 Mayo**<br>1.2 **Cartilla digital:**<br>i. Parte uno: conociendonos al 100% diligenciada, **20 mayo**<br>ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, **20 mayo**<br>iii Diligenciamiento de la parte dos: Priorización de Practicas, **-20 mayo**<br>iv. Diligenciamiento de la **movilizacion social: Mayo Gestar con Amor.** | 10% | 29/05/2023 | 1.1 OK<br>1.2 OK<br>1.3 OK<br>1.4 OK | | |
| | | 2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF)<br><br>**Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación, tener en cuenta lo planeado en los microproyectos** | 2.1. **Planeacion Encuentro en el hogar** (1 por cada participante - cargada en el cuaderno digital en el drive correspondiente - de acuerdo al grupo etareo)- **20 mayo**<br>2.2 **Cronograma de visitas,** con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/o 60 encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente.**20 mayo**<br>2.3 **Cartilla digital Parte uno:**<br>i. Conociendonos al 100% diligenciada,20 mayo<br>ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada. **20 mayo**<br>iii. Diligenciamiento de la parte dos: Priorización de Practicas, 20 mayo<br>iv. **Seguimiento al desarrollo, escala de valoración** | 10% | 29/05/2023 | 2.1 OK<br>2.2 OK<br>2.3 OK<br>2.4. OK<br>2.5 OK | | |
| | | 3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en fisico como en drive (50) | Actualización de los nuevos participantes **18 de mayo**<br>3.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante<br>2.2 Acomodación de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA<br>3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA _<br>3.4 Archivo Fisico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas ( carpetas)<br>3.5 formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF | 20% | 29/05/2023 | 3.1 OK<br>3.2 Carpetas OK<br>3.3 OK<br>3.4 OK<br>3.5 OK | | |
| | | 4. Entrega de las escalas | 4.1 **Entrega de la escala correspondiente** de los niños y niñas que ingresaron en el mes **febrero** (**documento en fisico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante**) | 15% | 29/05/2023 | 4.1 OK | | |
| | | 5. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento | 5.1 **Apoyar en el seguimiento de novedades de inasistencia, casos de estados de salud, puerperios, hechos de violencias y demás que se presenten en los encuentros por grupo de atencion** | 15% | 29/05/2023 | 5.1 OK | | |
| | | 6. Formato de ficha de caracterización de practicas y acciones f7 | 6.1 3 Apoyar en los Archivos de excel de practicas **(1 x UA) participantes nuevos** | 15% | 29/05/2023 | NO se reco | | |
| | | 7. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faliciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS | 7.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS que se sean asignados. 25 mayo<br>7.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica<br>7.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación.- 20 mayo | 15% | 29/05/2023 | 7.1 OK<br>7.2 OK<br>7.3 OK | | |
| | | | **TOTAL** | **100%** | | | | |

| | |
|---|---|
| **FIRMA CONTRATISTA** | Omaira Salamanca G. |
| **NOMBRE:** | LUZ OMAIRA SALAMANCA GUZMAN |
| **C.C.** | 1024546491 |

| | |
|---|---|
| **FIRMA COORDINADORA** | Emilce R |
| **NOMBRE:** | EMILCE ROJAS AGUILAR |
| **C.C.** | 52278876 |

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 |
| 2023-04 | 2023-04 | 2070070647 | 9450447654 | I | 2023/05/23 | 2023/05/09 | NEQUI | 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 | 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 | 1024546491 | SALAMANCA LUZ | | 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**

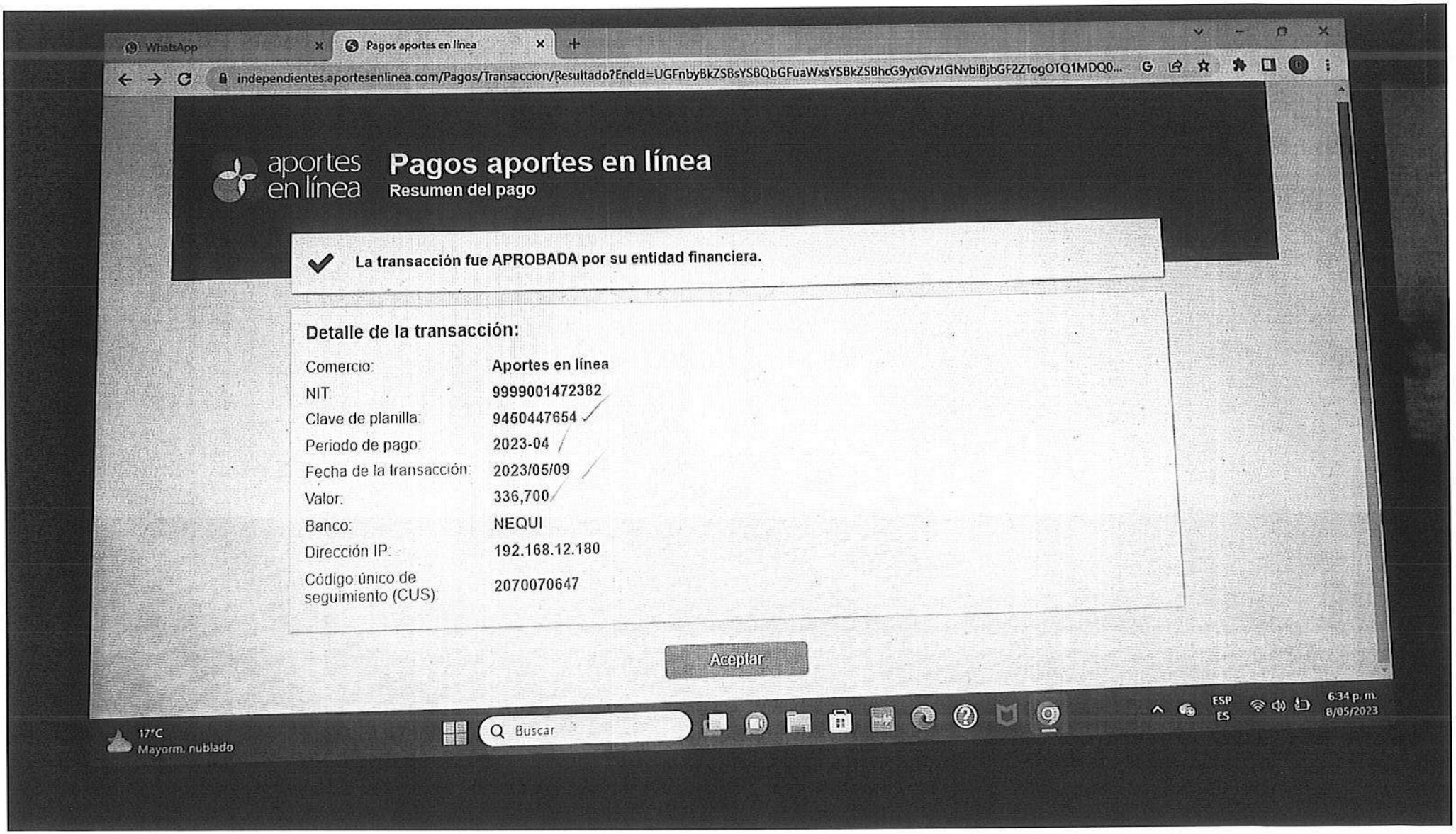
| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2023-04 | 2023-04 | 2070070647 | 9450447654 | I | 2023/05/23 | 2023/05/09 | NEQUI | 0 | $336,700 |


**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 |



2023/05/08 06:34 PM


WhatsApp
Pagos aportes en línea
independientes.aportesenlinea.com/Pagos/Transaccion/Resultado?EncId=UGFnbyBkZSBsYSBQbGFuaWxsYSBkZSBhcG9ydGVzIGNvbiBjbGF2ZTogOTQ1MDQ0...
aportes en línea
Pagos aportes en línea
Resumen del pago
La transacción fue APROBADA por su entidad financiera.
Detalle de la transacción:
Comercio: Aportes en línea
NIT: 9999001472382
Clave de planilla: 9450447654
Periodo de pago: 2023-04
Fecha de la transacción: 2023/05/09
Valor: 336,700
Banco: NEQUI
Dirección IP: 192.168.12.180
Código único de seguimiento (CUS): 2070070647
Aceptar
17°C
Mayorm. nublado
Buscar
ESP
ES
6:34 p. m.
8/05/2023

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

**CUENTA DE COBRO No. 03**

**ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA**
**NIT 830.107.985-1**

**DEBE A:** MARTHA CECILIA GARZON

**CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS**
**No. APC2023-DIMF KENNEDY-CON041**

**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 DE ATENCION: MAYO

**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 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,

Martha C Garcés.

NOMBRE: Martha Cecilia Garzon
C.C. 51930289
Correo: marthaceciliag2003@gmail.com
Dirección: Carrera 78m#6-53
Telefono:3105827277

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

| | |
|---|---|
| PROGRAMA | DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY |
| NOMBRE | Martha Caicedo |
| CARGO | APOYO PEDAGOGICO UDS |
| PERIODO y FECHA | MAYO |

| FASE | PAGO No | PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES | FUENTES DE VERIFICACIÓN | PORCENTAJE | APOYO PEDAGOGICO : FECHA DE REVISION | CUMPLE | NO CUMPLE | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ATENCION MAYO | 4 | 1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales<br><br>**Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación y subidos al drive correspondiente** del Grupo de Atencion | 1.1 **Planeación Grupal,** con las cuatro planeaciones de las áreas correspondientes (Formato ICBF) **-20 Mayo**<br>1.2 **Cartilla digital:**<br>i. Parte uno: conociendonos al 100% diligenciada. **20 mayo**<br>ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, **20 mayo**<br>iii Diligenciamiento de la parte dos: Priorización de Practicas. **-20 mayo**<br>iv. **Diligenciamiento** de la movilizacion social: Mayo Gestar con Amor. | 10% | 30-05-2023 | 1.1 ok.<br>1.2 ok.<br>1.3 ok.<br>1.4 ok.<br>1.5 ok. | | |
| | | 2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF)<br><br>**Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación, tener en cuenta lo planeado en los microproyectos** | 2.1. **Planeacion Encuentro en el hogar** (1 por cada participante - cargada en en el cuaderno digital en el drive correspondiente - de acuerdo al grupo etareo)- **20 mayo**<br>2.2 **Cronograma de visitas,** con las respectivas **Firmas** - que evidencie el Desarrollo de los 60 y/o _____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente.**20 mayo**<br>**2.3 Cartilla digital Parte uno:**<br>i. Conociendonos al 100% diligenciada,**20** mayo<br>ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada. **20 mayo**<br>iii. Diligenciamiento de la parte dos: Priorización de Practicas. **20 mayo**<br>iv. **Seguimiento al desarrollo, escala de valoración** | 10% | 30-05-2023 | 2.1 ok<br>2.2 ok<br>2.3 p | | Unir seguim al desarrollo. se hace (retroalim) Pacto conv |
| | | 3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en físico como en drive (50) | Actualización de los nuevos participantes 16 de mayo<br>3.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante<br>3.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA<br>3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA_<br>3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas ( carpetas)<br>3.5 **formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF** | 20% | 30-05-2023 | 3.1<br>3.2. p<br>3.3 p.<br>3.4 p<br>3.5 ok | | Ninos incompletos (9) carpetas incompletas |
| | | 4. Entrega de las escalas | 4.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que ingresaron en el mes febrero 20 documento en físico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante) | 15% | 30-05-2023 | 4.1 ok | | |
| | | 5. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento | 5.1 Apoyar en el seguimiento de novedades de inasistencia, casos de estados de salud, puerperios, hechos de vinlencias y demás que se presenten en los encuentros por grupo de atencion | 15% | 30-05-2023 | 5.1. | | pendiente firmas |
| | | 6. Formato de ficha de caracterización de practicas y acciones f7 | 6.1 3 Apoyar en los Archivos de excel de practicas (1 x UA) participantes nuevos | 15% | 30-05-2023 | | | |
| | | 7. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faliciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS | 7.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS que se sean asignados. 25 mayo<br>7.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagogica<br>7.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación.- **20 mayo** | 15% | | 7.1 ok<br>7.2 ok<br>7.3 ok | | |
| | | TOTAL | | 100% | | | | |

| | |
|---|---|
| FIRMA CONTRATISTA | Martha Caicedo |
| NOMBRE: | Martha Caicedo |
| C.C. | 51 930 294 |

| | |
|---|---|
| FIRMA COORDINADORA | Emilce R. |
| NOMBRE: | Emilce Rojas |
| C.C. | 52886[illegible] |

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

**Señor(a):** MARTHA CECILIA GARZON
**No. Identificación:** CC51930289
**Dirección:** CARRERA 52 A NO 39 24 SUR BARRIO ALQUERIA
**Telefono:** 2301113
**Correo:** marisag14@hotmail.com
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.
**Número de Planilla:** 67992232

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre Aportante | MARTHA CECILIA GARZON | Número de Empleados | 1 |
| Tipo y número de identificación | CC51930289 | Periodo de Cotización Salud | abril de 2023 |
| Número de planilla | 67992232 | Periodo de Cotización Pensión | abril de 2023 |
| Fecha pago | 2023-05-24 | Número de Administradoras | 3 |
| Número de autorización pago | 1428436 | Total Pagado | 337300 |
| Banco | 1083 | Total Intereses de Mora | 600 |

PAGADA

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-11 | ARL SURA | 6200 | 1 |
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 185900 | 1 |
| EPS008 | Compensar EPS | 145200 | 1 |

67992232

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 51930289
APELLIDOS Y NOMBRES: MARTHA CECILIA GARZON

| Cod. EPS | Cod. AFP | IBC SALUD | IBC PENSION | IBC RIESGOS | IBC CAJAS | COTIZACIÓN SALUD | VALOR UPC | COTIZACIÓN PENSIÓN | FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN RIESGOS | APORTE CAJAS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS008 | 230201 | 1160000 | 1160000 | 1160000 | 0 | 145000 | 0 | 185600 | 0 | 6100 | 0 |

COMPENSAR

NIT 860066942-7

RECAUDO MIPLANILLA

FECHA Y HORA TRANSACCIÓN: 2023/05/24 - 09:43 a.

DOCUMENTO: CC 51930289

NOMBRE USUARIO:

MARTHA CECILIA GARZON

MODULO: KENPAR01

ID PAGO:32145085

NO PLANILLA: 8367992232

PERIODO DE PAGO: abril

VALOR PAGADO: $ 337300

---

TOTAL: $ 337300

EFECTIVO: $ 340000

CAMBIO: $ 2700

---

**Ciudad: Bogotá** **Mes: Mayo** **Dia: 30** **Año: 2023**

**CUENTA DE COBRO No. 04**

**ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA**
**NIT 830.107.985-1**

**DEBE A:** NICOL ALEJANDRA BARRERO VASQUEZ

**CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS**
**No. APC2023-DIMF KENNEDY- CON024**

**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 Mayo

**CONCEPTO:** Apoyo Pedagógico – DIMF KENNEDY UNIDAD DE ATENCIÓN PERIODISTAS CTO # 11005322023, Cupos 50

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

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI __ **NO**_X__ a partir de la fecha Día Mes Año en constancia Firmo_____

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

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

Autorizado por:

Emilce Rojas Aguilar
Coordinador UDS Periodistas
C.C. 52.278.676

Aprobado por:

Ana Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Nicol Alejandra Barrero

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.

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razón 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 Pensión | Periodo Salud | Clave Pago | Clave Planilla | Tipo Planilla | Fecha Limite | Fecha Pago | Pago Banco | Pago Días Mora | Pago Valor |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2023-04 | 2023-04 | 2070918858 | 9449977509 | I | 2023/05/10 | 2023/05/09 | NEQUI | 0 | $336,700 |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO No. | Identificación | Nombre | NOVEDADES (ing ret tde tae tdp tap vsp cor vst sln ige lma vac avp vct irl vip) | PENSION Codigo | Días | IBC | Aporte | SALUD Codigo | Días | IBC | Aporte | CCF Codigo | Días | IBC | Aporte | RIESGOS Codigo | Días | IBC | Tarifa | Aporte | PARAFISCALES Días | IBC | Aporte | Exonerado SENA e ICBF | Total Aportes |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados) | | | | | | $1,160,000 | $185,600 | | | $1,160,000 | $145,000 | | | $0 | $0 | | | $1,160,000 | | $6,100 | | $0 | $0 | | $336,700 |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados) | | | | | | $1,160,000 | $185,600 | | | $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 1233489641 | BARRERO NICOL | | 23030 | 30 | $1,160,000 | $185,600 | EPS008 | 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 | Razón Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Dirección | 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 Pensión | Periodo Salud | Clave Pago | Clave Planilla | Tipo Planilla | Fecha Limite | Fecha Pago | Pago Banco | Pago Días Mora | Pago Valor |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2023-04 | 2023-04 | 2070918858 | 9449977509 | I | 2023/05/10 | 2023/05/09 | NEQUI | 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 |
| COMPENSAR | EPS008 | 860,066,942 | 7 | 1 | $145,000 | $0 | $0 | $145,000 |
| TOTAL | | | | 1 | $336,700 | $0 | $0 | $336,700 |

PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

2023/05/23 09:01 AM

← **Comprobante**

Movimiento hecho en:

NEQUI

Número de referencia

**M826551**

**Pago realizado**

Pago en

**Aportes En Linea**

¿Cuánto?

**$ 336.700,00**

Fecha

**09 de mayo de 2023 a las 09:25 a. m.**

¿Preguntas? Ve al menú Movimientos en la app Nequi y reporta un problema.

VIGILADO

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

| | |
|---|---|
| PROGRAMA | DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY |
| NOMBRE: | Nicol Alejandra Barrero V. |
| CARGO | APOYO PEDAGOGICO UDS |
| PERIODO y FECHA | MAYO |

| | | | | | | APOYO PEDAGOGIO : | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FASE | PAGO No | PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES | FUENTES DE VERIFICACIÓN | PORCENTAJE | FECHA DE REVISION | CUMPLE | NO CUMPLE | OBSERVACIONES |
| ATENCION MAYO | 4 | 1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales<br><br>**Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación y subidos al drive correspondiente del Grupo de Atencion** | 1.1 **Planeación Grupal,** con las cuatro planeaciones de las áreas correspondientes (Formato ICBF) **-20 Mayo**<br>1.2 **Cartilla digital:**<br>i. Parte uno: conociendonos al 100% diligenciada. **20 mayo**<br>ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, **20 mayo**<br>iii Diligenciamiento de la parte dos: Priorización de Practicas, -**20 mayo**<br>iv. **Diligenciamiento de la movilizacion social: Mayo Gestar con Amor.** | 10% | may-23 | 1.1 OK<br>1.2 OK<br>1.3 OK | | |
| | | 2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación **(DIMF)**<br><br>**Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación, tener en cuenta lo planeado en los microproyectos** | 2.1. **Planeacion Encuentro en el hogar** (1 por cada participante - cargada en en el cuaderno digital en el drive correspondiente - de acuerdo al grupo etario)- **20 mayo**<br>2.2 Cronograma de visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/o ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atención correspondiente.**20 mayo**<br>**2.3 Cartilla digital Parte uno:**<br>i. Conociendonos al 100% diligenciada,20 mayo<br>ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, **20 mayo**<br>iii. Diligenciamiento de la parte dos: Priorización de Practicas, 20 mayo<br>**iv. Seguimiento al desarrollo, escala de valoración** | 10% | | 2.1 OK<br>2.2 OK<br>2.3 OK | | |
| | | 3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en físico como en drive **(50)** | Actualización de los nuevos participantes **16 de mayo**<br>3.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante<br>3.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA<br>3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA_<br>3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas ( carpetas)<br>**3.5 formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF** | 20% | may-23 | 3.1<br>3.2<br>3.3<br>3.4<br>3.5 | | |
| | | 4. Entrega de las escalas | 4.1 Entrega de **la escala** correspondiente de los niños y niñas que ingresaron en el mes febrero**24 (documento** en físico en las **carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante)** | 15% | may-23 | 4.1 OK | | Foto ingreso a carpeta |
| | | 5. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento | 5.1 Apoyar en el seguimiento de **novedades de inasistencia, casos de estados de salud, puerperios, hechos de violencias y demás que se presenten en los encuentros por grupo de atencion** | 15% | may-23 | 5.1. | | |
| | | 6. Formato de ficha de caracterización de practicas y acciones f7 | 6.1 3 Apoyar **en los** Archivos de excel de practicas (1 x UA) **participantes nuevos** | 15% | may-23 | 6.1 | | |
| | | 7. Generar espacios y ambientes enriquecidos que fallciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS | 7.1 Ambietación de espacios físicos de la UDS que se sean asignados. 25 mayo<br>7.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica<br>7.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación.- **20 mayo** | 15% | may-23 | 7.1 OK<br>7.2 OK<br>7.3 OK | | |
| | | | **TOTAL** | **100%** | | | | |

| | |
|---|---|
| FIRMA CONTRATISTA | Nicol Barrero |
| NOMBRE: | Nicol Barrero Vasquez |
| C.C. | 1233489641 |

| | |
|---|---|
| FIRMA COORDINADORA | Emilce Rojas |
| NOMBRE: | Emilce R. |
| C.C. | 52298696 |

Ciudad: BOGOTA D.C  Mes: MAYO  Día: 30  Año: 2023

**CUENTA DE COBRO No. 4**

**ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA**
**NIT 830.107.985-1**

**DEBE A:**

**CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS**
**No. DIMF KENNEDY-CON075**

**NOMBRE: Yulieth Natalia Muñoz Zamora**
**CEDULA**: 1.032.492.656
**CUENTA BANCARIA: 130204985 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 atención mayo 2023**

**CONCEPTO: APOYO PEDAGÓGICO DE DIMF KENNEDY, UNIDAD PERIODISTAS CON 50 CUPOS, 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: ($1.969.612)** Un millón novecientos sesenta y nueve mil seiscientos doce pesos M/Cte. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Emilce Rojas Aguilar
Coordinador UDS periodistas
C.C. 52.278.676

Aprobado por:

Ana Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Natalia Muñoz Zamora
NOMBRE: Yulieth Natalia Muñoz Zamora
C.C. 1.032.492.656

DR. Calle 2 a bis a # 53 a 74  Tel. 3144270114  Correo. nathumunoz@gmail.com

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

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

| | |
|---|---|
| PROGRAMA | DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY |
| NOMBRE: | - Yulieth Natalia Muñoz Zamora |
| CARGO | APOYO PEDAGOGICO UDS |
| PERIODO y FECHA | MAYO |

| FASE | PAGO No | PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES | FUENTES DE VERIFICACIÓN | PORCENTAJE | APOYO PEDAGOGIO : FECHA DE REVISION | CUMPLE | NO CUMPLE | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ATENCION MAYO | 4 | 1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales<br><br>**Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación y subidos al drive correspondiente del Grupo de Atencion** | 1.1 **Planeación Grupal**, con las cuatro planeaciones de las áreas correspondientes (Formato ICBF) **-20 Mayo**<br>1.2 **Cartilla digital:**<br>i. Parte uno: conociendonos al 100% diligenciada, **20 mayo**<br>ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, **20 mayo**<br>iii Diligenciamiento de la parte dos: Priorización de Practicas, **-20 mayo**<br>iv. **Diligenciamiento de la movilizacion social: Mayo Gestar** con Amor. | 10% | 30-09-2023 | 1.1 ok<br>1.2 P<br>1.3 P<br>1.4 P | | Falta diario<br>Practicas<br>Falta mural |
| | | 2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF)<br><br>**Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación, tener en cuenta lo planeado en los microproyectos** | 2.1. **Planeacion Encuentro en el hogar** (1 por cada participante - cargada en en el cuaderno digital en el drive correspondiente - de acuerdo al grupo etareo)- **20 mayo**<br>2.2 Cronograma de **visitas**, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/o ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente **20 mayo**<br>**2.3 Cartilla digital Parte uno:**<br>i. Conociendonos al 100% diligenciada,20 mayo<br>ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, **20 mayo**<br>iii. Diligenciamiento de la parte dos: Priorización de Practicas, 20 mayo<br>iv. **Seguimiento al desarrollo, escala de valoración** | 10% | 30-09-2023 | | | No se hacen Encuentros Agente Catalina |
| | | 3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en fisico como en drive (50) | Actualización de los nuevos participantes **16 de mayo**<br>3.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante<br>3.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA<br>3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA_<br>3.4 Archivo Fisico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas ( carpetas)<br>**3.5 formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF** | 20% | 30-09-2023 | 3.1 ok<br>3.2 P<br>3.3 P<br>3.4 P<br>3.5 P | | Todo en carpeta |
| | | 4. Entrega de las escalas | **4.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que ingresaron en el mes febrero.(documento en fisico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante)** | 15% | 30-09-2023 | 4.1 P | | |
| | | 5. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falla de algun documento | **5.1 Apoyar en el seguimiento de novedades de inasistencia, casos de estados de salud, puerperios, hechos de violencias y** demás que se presenten **en los encuentros** por grupo de atencion | 15% | 30-09-2023 | 5.1 P | | |
| | | 6. Formato de ficha de caracterización de practicas y acciones f7 | **6.1 3 Apoyar en los Archivos de excel de practicas (1 x UA)** participantes nuevos | 15% | 30-09-2023 | 6.1 P | | |
| | | 7. Generar espacios y ambientes enrriquecidos que faliciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intuncionalidades de la UDS | 7.1 Ambientación de espacios fisicos de la UDS que se sean asignados. 25 mayo<br>7.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica<br>7.3 Buen uso de los materiales de consumo que se emplean para la ambientación.- 20 mayo | 15% | 30-09-2023 | 7.1 ok<br>7.2 OK<br>7.3 OK | | |
| | | TOTAL | | 100% | | | | |

| | |
|---|---|
| FIRMA CONTRATISTA | Natalia Muñoz. |
| NOMBRE: | Yulieth Natalia Muñoz. |
| C.C. | 1032492656 |

| | |
|---|---|
| FIRMA COORDINADORA | Emilce Rojas Agudelo |
| NOMBRE: | Emilce Rojas |
| C.C. | [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 | 1032492656 | YULIETH NATALIA MUÑOZ ZAMORA | CALLE 2 A BIS A # 53A 74 | 5488848 | nathumunoz@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 | |
| 2023-04 | 2023-04 | I | 16/05/2023 | 67871630 | $336.400 | |

## 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 | 4 | 700 | 0 | 145.700 | 1 |

| TOTALES PENSIÓN | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 185.600 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 900 | 0 | 186.500 | 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 | 4 | 100 | 6.200 | | | 81 | 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 | 145.700 |
| Pensión | 1 | 185.600 | 186.500 |
| 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 | 336.400 |

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 | 1032402656 | YULIETH NATALIA MUÑOZ ZAMORA | CALLE 2 A BIS A # 53A 74 | 5486848 | nathumunoz@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 | |
| 2023-04 | 2023-04 | I | 16/05/2023 | 67871630 | $338.400 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| o. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Cobro exterior | Colombia residente | IRP | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | PL | CORRECCIÓN | 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 | 1032402656 | MUÑOZ ZAMORA YULIETH NATALIA | 59 | 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

9:03 AM

# Confirmación Transacción PSE - CUS 2084495568

Recibidos

serviciopse@achc... Hace 7 días

para mí




**¡Hola, Jeisson steven espejo Hernández**

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

Estado de la Transacción: Aprobada
CUS: 2084495568
Empresa: COMPENSAR-OI
Descripción: MiPlanilla.com Pago Protección Social
Valor de la Transacción: $ 338.400
Fecha de Transacción: 10/05/2023

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

transaccionesACH @ACH_informa

99+

9:03 AM

**¡Genial!**

Hiciste un pago en COMPENSAR-OI por 338400 y todo salió bien.

Si no fuiste tú, fue un error o tienes dudas, escríbenos a escribe@nequi.com.co o llámanos al 3006000100. 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?
www.nequi.com.co/ayuda

NEQUI

Mostrar texto citado

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

# CUENTA DE COBRO No. 01

**ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA**
**NIT 830.107.985-1**

**DEBE A:** ANGIE DANIELA QUIÑONES HERNANDEZ

**CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS**
**No. APC2023-DIMF KENNEDY-CON047**

**NOMBRE: ANGIE DANIELA QUIÑONES HERNANDEZ**
**CEDULA:** 1001340480
**CUENTA BANCARIA:** 046326971 **BANCO:** BOGOTA **AHORRO _X_ CORRIENTE ___**
**LA SUMA DE: ($1´181.767)** UN MILLON CIENTO OCHENTA Y UN MIL SETECIENTOS SESENTA Y SIENTE PESOS M/Cte.
**PERIODO:** FASE DE ATENCION: MAYO

**CONCEPTO:** Auxiliar administrativo – DIMF Kennedy unidad periodistas con 300 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: ($1.181.767)** Un millón ciento ochenta y un mil setecientos sesenta y siente 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: ANGIE DANIELA QUIÑONES HERNANDEZ
C.C. 1001340480
Correo: angiequinones223@gmail.com
Dirección: Carrera 103 #75-55 sur
Teléfono: 3213603281

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

| | |
|---|---|
| PROGRAMA | DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY |
| NOMBRE | ANGIE QUIÑONES |
| CARGO | AUXILIAR ADMINISTRATIVO |
| PERIODO y FECHA | MAYO |

| FASE | PAGO No | PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES | FUENTES DE VERIFICACIÓN | PORCENTAJE | FECHA DE REVISION | CUMPLE | NO CUMPLE | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ATENCIÓN MAYO | 4 | 1. Apoyar la organización documental del Talento Humano. | 1.1. Verificación de Polizas, Talento Humano Nuevo.<br>1.2. Verificación de afiliación de Seguridad Social, Talento Humano Nuevo | 5% | | 1.1 OK<br>1.2 OK | | |
| | | 2. Manejo, registro e informe de plataforma CUENTAME<br>**Nota aclaratoria:** No se puede egresar participantes sin la toma de talla y peso. | 2.1. Cargue de :Participantes Nuevos 29 de la UDS delegada<br>2.2 Cargue de Talento Humano Nuevo 2 de la UDS delegada.<br>2.3. Cargue de las formaciones de los participantes, 100% participantes<br>2.4 Cargue de formatos de la atencion (RAM) | 25% | 13. | 2.1 OK<br>2.2 OK<br>2.3 OK<br>2.4 OK | | |
| | | 3. Sistematización de la información relacionada con los participantes. | 3.1. Directorio de los participantes actualizado de la UDS delegada, Mes de Mayo<br>3.2. Actualización de formatos RAM, Refrigerios, Bienestarina y entregada de RPP | 10% | 31. | 3.1 OK<br>3.2 OK | | |
| | | 4. Organizar el archivo físico y garantizar la Seguridad de la Información de los participantes | 4.1. Archivo físico de la UDS delegada (Oficios de gestión, actas de equipo, en el marco de los componentes)<br>4.2. Carpetas de los participantes vinculados a la UDS. 29 Participantes. | 5% | | 4.1 OK<br>4.2 OK | | |
| | | 5. Construcción de la nómina recepcion y verificación de la documentación para formalización. | 5.1. Formato de nómina en excell.<br>5.2. Chek list de nómina por cargo (100% de los soportes relacionados) de la UDS asignada.<br>Kennedy 25 de Mayo<br>Suba 26 de Mayo | 10% | | 5.1 OK<br>5.2 OK | | |
| | | 6. Organización de formatos y material requerido para la operación del programa. | 6.4. Kardex de ingresos a la bodega y egreso, (Matriales y Dotación) | 10% | | N/A | | |
| | | 7. Solicitud de Refrigerios, Semanal | 7.1. Kardex de ingresos y egresos de pedidos de refrigerios<br>7.2 Consolidado del mes<br>7.3 Diligenciamiento en el drive de la solicitud de pedidos de refrigerios semanal (jueves de cada semana) | 15% | | N/A | | |
| | | 8. Organización de formatos requeridos para la solicitud de AAVN | 8.1 Kardex de entrada y salida de alimentos AAVN | 5% | | N/A | | |
| | | 9. Custodia y control de los equipos de computo e impresión. | 9.1.Relación de fotocopiado e impresiones | 5% | | N/A | | |
| | | 10. Inventarios 2023 | 10.1.Realizar la consolidación y actualización de los inventarios en el excell correspondiente.<br>10.2. Inventario de equipos Audiovisuales.<br>10.3. Inventario ICBF<br>10.4. Inventario APC | 5% | | N/A | | |
| | | 11. Organización y relación de servicios públicos y caja menor. | 11.1 Formato de relación servicios públicos.<br>11. 2 Organización AZ con los servicios correspondientes a la UDS. | 5% | | N/A | | |
| | | | TOTAL | 100% | | | | |

| | |
|---|---|
| FIRMA CONTRATISTA | |
| NOMBRE: | Angie Quiñones |
| C.C. | 1001340480 |

| | |
|---|---|
| FIRMA COORDINADORA | Emilce P |
| NOMBRE: | Emilce Boles |
| C.C. | 52986[illegible] |

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 ANGIE DANIELA QUIAONES HERNANDEZ, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 1.001.340.480 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 046326971, abierta/o desde el 9/5/2023.

Se expide en Bogotá el día 10 del mes de Mayo del año 2023

Firma Autorizada

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.001.340.480
QUIÑONES HERNANDEZ

APELLIDOS
ANGIE DANIELA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 15-JUL-2000
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

05-SEP-2018 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-01036694-F-1001340480-20180911 0062555690A 1 1225123627

# Resultados del registro de novedades de reingreso

**EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.**

**Número de Solicitud** 61_548531

Por favor imprima este comprobante como constancia de la novedad reportada.

| **Ingreso** | |
|---|---|
| **Afiliado** | CC 1001340480 ANGIE DANIELA QUIÑONES HERNANDEZ |
| **Tipo de cotizante** | 59 Independiente con Contrato de Prestación de Servicios Superior a 1 mes |
| **Salario Base** | $ 1,160,000 |
| **Fecha de ingreso** | 26/05/2023 |
| **Fecha de radicación** | 26/05/2023 04:34:30 p.m. |
| **Código de Transacción** | 159019713 |
| **Resultado delIngreso** | |
| **Novedad aplicada con éxito** | El período de inicio de pago es 05/2023 |

Fecha de generación 26/05/2023

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario 14913326702

(415)7707212489984(8020) 000001491332670 2

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 0 0 1 3 4 0 4 8 0 | 5 | Impuestos de Bogotá | |

## 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 0 1 3 4 0 4 8 0 | 2 0 1 8 0 9 0 5 |

| 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 |
|---|---|---|---|
| QUIÑONES | HERNANDEZ | ANGIE | DANIELA |

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 103 # 75 - 55 AGP Viyas de viscaya

42. Correo electrónico: angiequinones223@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 2 1 3 6 0 3 2 8 1 | 3 1 0 4 8 5 3 4 8 8 |

## CLASIFICACIÓN

| Actividad económica | | | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | |
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código 1 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 0 0 1 0 | 2 0 2 3 0 5 0 8 | | | | | |

## 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Exportadores | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 55. Forma | 56. Tipo | Servicio | 1 | 2 | 3 |
| 54. Código | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 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 [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 3 61. Fecha: 2023 - 05 - 09 / 22 : 25: 18

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: QUIÑONES HERNANDEZ ANGIE DANIELA
985. Cargo: Contribuyente

Fecha generación documento PDF: 09-05-2023 10:25:22PM

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

Seguros mundial®
tu compañía siempre

# Cupón de pago

Mundial de Seguros S. A.

86.0.037.013 - 6

## Datos del cliente -Cliente-

Nombre / Razón Social

QUIÑONES HERNANDEZ ANGIE DANIELA

ESPACIO PARA EL TIMBRE

Referencia de pago No. 20239900577944

Fecha límite de pago 25/05/2023

| Producto | Póliza | Certificado | Referencia | Nombre Asegurado | Fec.Límite Pago | Valor a Pagar |
|---|---|---|---|---|---|---|
| CUMPLIMIENTO | 100000451 | 532000748 | 532000748 | 6830952-QUIÑONES HERNANDEZ ANGIE DANIELA | INMEDIATO | 29.750,00 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

**Valor total a pagar: 29.750,00**

Fecha y hora: 2023/05/24 18:39

Número Comprobante: 230013463

## Datos del cliente -Banco-

Nombre / Razón social

QUIÑONES HERNANDEZ ANGIE DANIELA

Referencia de pago No. 20239900577944

Fecha límite de pago 25/05/2023

| Producto | Póliza | Certificado | Referencia | Nombre Asegurado | Fec.Límite Pago | Valor a Pagar |
|---|---|---|---|---|---|---|
| CUMPLIMIENTO | 100000451 | 532000748 | 532000748 | 6830952-QUIÑONES HERNANDEZ ANGIE DANIELA | INMEDIATO | 29.750,00 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

**Valor total a pagar: 29.750,00**

**Corresponsales OPCIÓN1**

(415)7709998434219(8020)20239900577944(3900)000000029750(96)20230525

**Bancos Corresponsal Davivienda OPCIÓN 2**

(415)7709998039933(8020)031594(8020)229920239900577944(3900)000000029750(96)20230525

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



Puntored no te cobra por e
transacción

PAGO DE FACTURAS

TRANSACCION EXITOSA

| | |
|---|---|
| Fecha | 2023-05-24 |
| Hora | 19:54:26 |
| Comercio | 408622 |
| Terminal | 308419 |
| Operacion | Recaudo |
| Aprob Banco | 745371 |
| Aprob Puntored | 00063122511 |
| Convenio | SEGUROS MUN |
| Cod. Convenio | 77099984342 |
| Referencia 1 | 20239900577 |
| Referencia 2 | |
| Valor | 29750.00 |
| Costo Transaccion | $0 |
| Valor Total | 29750.00 |

Linea de atencion Nacional
01 8000 512625 Opcion 2 Email
corresponsalesaval@en-contacto

BANCO DE OCCIDENTE
VIGILADO SUPERINTENDENCIA
FINANCIERA DE COLOMBIA

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

**CUENTA DE COBRO No. 5**

**ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA**
**NIT 830.107.985-1**

**DEBE A:** CAMILA ALEXANDRA SUAREZ FLOREZ

**CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS**
**No. APC2023-DIMFKENNEDY- CON003**

**NOMBRE:** CAMILA ALEXANDRA SUAREZ FLOREZ
**CEDULA:** 1.023.893.980
**CUENTA BANCARIA:** 036632826 **BANCO:** BOGOTA **AHORRO _X_ CORRIENTE ___**
**LA SUMA DE: ($787.844)** setecientos ochenta y siete mil ochocientos cuarenta y cuatro pesos M/Cte.
**PERIODO: Fase De Atención Mayo**

**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:** ($787.844) setecientos ochenta y siete mil ochocientos cuarenta y cuatro 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 | |
| CARGO | AUXILIAR ADMINISTRATIVO |
| PERIODO y FECHA | MAYO |

| FASE | PAGO No | PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES | FUENTES DE VERIFICACIÓN | PORCENTAJE | FECHA DE REVISION | CUMPLE | NO CUMPLE | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ATENCIÓN MAYO | 4 | 1. Apoyar la organización documental del Talento Humano. | 1.1. Verificación de Polizas, Talento Humano Nuevo.<br>1.2. Verificación de afiliación de Seguridad Social, Talento Humano Nuevo | 5% | 24 | N/A. | | |
| | | 2. Manejo, registro e informe de plataforma CUENTAME<br>**Nota aclaratoria:** No se puede egresar participantes sin la toma de talla y peso. | 2.1. Cargue de :Participantes Nuevos (8) de la UDS delegada<br>2.2 Cargue de Talento Humano Nuevo 0 de la UDS delegada.<br>2.3. Cargue de las formaciones de los participantes, 100% participentes<br>2.4 Cargue de formatos de la atencion (RAM) | 25% | 12 | 2.1 OK<br>2.2 OK<br>2.3 OK<br>2.4.OK | | 1 semana Formación<br>2 semana |
| | | 3. Sistematización de la informacion relacionada con los participantes. | 3.1. Directorio de los participantes actualizado de la UDS delegada, Mes de Mayo<br>3.2. Actualización de formatos RAM, Refrigerios, Bienestarina y entregada de RPP 8 | 10% | 31 | 3.1 OK<br>3.2 OK | | primera actualizacion |
| | | 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)<br>4.2. Carpetas de los participantes vinculados a la UDS. 8. Participantes. | 5% | 31 | 4.1 OK<br>4.2 OK | | |
| | | 5. Construcción de la nómina recepcion y verificación de la documentación para formalización. | 5.1. Formato de nómina en excell.<br>5.2. Chek list de nómina por cargo (100% de los soportes relacionados) de la UDS asignada.<br>Kennedy 25 de Mayo<br>Suba 26 de Mayo | 10% | | N/A | | |
| | | 6. Organización de formatos y material requerido para la operación del programa. | 6.4. Kardex de ingresos a la bodega y egreso, (Matriales y Dotación) | 10% | | N/A | | |
| | | 7. Solicitud de Refrigerios, Semanal | 7.1. Kardex de ingresos y egresos de pedidos de refrigerios<br>7.2 Consolidado del mes<br>7.3 Diligenciamiento en el drive de la solicitud de pedidos de refrigerios semanal (jueves de cada semana) | 15% | | N/A | | |
| | | 8. Organización de formatos requeridos para la solicitud de AAVN | 8.1 Kardex de entrada y salida de alimentos AAVN | 5% | | N/A | | |
| | | 9. Custodia y control de los equipos de computo e impresión. | 9.1.Relación de fotocopiado e impresiones | 5% | | N/A | | |
| | | 10. Inventarios 2023 | 10.1.Realizar la consolidación y actualización de los inventarios en el excell correspondiente.<br>10.2. Inventario de equipos Audiovisuales.<br>10.3. Inventario ICBF<br>10.4. Inventario APC | 5% | | N/A | | |
| | | 11. Organización y relación de servicios públicos y caja menor. | 11.1 Formato de relación servicios públicos.<br>11. 2 Organización AZ con los servicios correspondientes a la UDS. | 5% | 20 | N/A | | |
| | | | TOTAL | 100% | | | | |

| | |
|---|---|
| FIRMA CONTRATISTA | Camila. |
| NOMBRE: | Camila Suarez. |
| C.C. | 1023893980. |

| | |
|---|---|
| FIRMA COORDINADORA | Emilce R |
| NOMBRE: | 52786 |
| C.C. | 52786 |

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOL UIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELEFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1023893980 | CAMILA ALEXANDRA SUAREZ FLOREZ | diagonal 48 A Sur # 5 M 11 | 0000000 | camis8@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 | |
| 2023-04 | 2023-04 | I | 26/05/2023 | 86022160 | $340.000 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS005 | Sanitas EPS | 800251440-6 | 145.000 | 0 | | 0 | | 0 | 8 | 1.400 | 0 | 146.400 | 1 |

| TOTALES PENSIÓN | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
| 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 | 146.400 |
| 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 | 340.000 |

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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1023893980 | CAMILA ALEXANDRA SUAREZ FLOREZ | | diagonal 48 A Sur # 5 M 11 | 0000000 | camis8@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: 1 / UPC: 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR |
| 2023-04 | 2023-04 | I | 20/05/2023 | 68022160 | $340.000 |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Categoría | Subtipo | Extranjero | Cotiza en Colombia | Exonerado | INGRESO | RETIRO | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VTE | 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 | 1023893980 | SUAREZ FLOREZ CAMILA ALEXANDRA | 59 | D | | N | | X | | | | | | | | | | | | | | | | 238301 | 1,160,000 | 195,600 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS005 | 1,160,000 | 145,000 | 14-11 | 1,160,000 | 1 | 8,100 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

9:20 6%

# Detalle del movimiento

Pago realizado

Pago en
Compensar-oi

¿Cuanto?
$ 340.000,00

Fecha
25 de mayo de 2023 a las 09:14 p. m.

Referencia
M5914238

¿De dónde salió la plata?

**Disponible**
$ 340.000,00

Ciudad: Bogotá D,C Mes: Mayo Día: 30 Año:2023

**CUENTA DE COBRO No. 5**

**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 Mayo

**CONCEPTO: COORDINADOR 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: ($3.801.700)** Tres millones ochocientos un mil setecientos pesos M/Cte. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Angie Elizabeth Marín Guasca
Coordinador
C.C. 52.989.879

Aprobado por:

Ana Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: Yolima Guzmán Fajardo
C.C. 40.443.431
DR. Transversal 68g #36 – 43 sur
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 #1100/532/2023**

| | |
|---|---|
| PROGRAMA | DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY |
| NOMBRE | YOLIMA GUZMAN FAJARDO |
| CARGO | COORDINADOR |
| PERIODO y FECHA | MAYO |

| FASE | PAGO No | PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES | FUENTES DE VERIFICACIÓN | PORCENTAJE | FECHA DE REVISION | CUMPLE | NO CUMPLE | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ATENCION MAYO | 4 | 1, Informe Técnico, que de cuenta de la ejecución de cada uno de los componentes en el primer mes de Atención | 1.1 Formato f8 contractual (U. entre todos, concuerdo a lo delegado Casilla Amarilla)<br>1.2. Organización Drive x Unidad con los estandares del Contractual y cargar los soportes Existentes.<br>1.3 Formato f8 Acciones (U. Gina)<br>1.4 Formato Word, Seguimiento y monitoreo Duplas (Maximo 1 hoja), libre construcción<br>3ra Semana de cada Mes | 20% | 06-06-23 | 1.1: ok<br>1.2: ok<br>1.3: ok<br>1.4: ok | | |
| | | 2. Velar por mantener el th y tener al dia el archivo de los mismos | 2.1. Matriz de Talento Humano Actualizada - Con Egresos e ingresos ocurridos en el mes | 5% | 06-06-23 | 2.1 :ok | | |
| | | 3, Organizar, Monitorear e informar las especificaciones de la cobertura y población a atender | 3.1 Formato Certificación de Cobertura (U. Andres - Yolima)<br>3.2 Formato población Migrante (U. Ledys - Emilce)<br>3.3 Formato Desplazados (U. Ledys - Emilce)<br>3.4. Formato Metas Sociales (U. Mergarita - Yolima) | 10% | 06-06-23 | 3.1: ok<br>3.2: ok<br>3.3: ok<br>3.4: ok | | |
| | | 4. Novedades de Ingresos y egresos Durante el mes de Abril | 4.1 Formato de Novedades de la UDS, _____ Casos, junto con sus soportes | 5% | 06-06-23 | 4.1 ok | | |
| | | 5,. Monitorear el cumplimiento Cuentame al 100% Mensual<br>**Nota aclaratoria:** No se puede egresar participantes de Abril sin la toma de talla y peso. | 5.1. Cargue de :Participantes Nuevos _____de la UDS delegada 100%<br>5.2. Cargue del 100%Nutricional, participantes Nuevos _____<br>5.3 Actualización de Talento Humano Nuevo<br>5.5. Cargue de Formación al 100%, (4 formaciones por persona)<br>15 de mayo Mes | 5% | 06-06-23 | 5.1: ok<br>5.2: ok<br>5.3: ok<br>5.5: ok | | |
| | | 6. Organizar, Monitorear y acompañar:<br>* Entrega de RFPP<br>* Entrega de Refrigerios | 6.1. Formatos RPP - 18 Listados en total_ 3 por profe<br>(Traer los fisicos para verificar_ organizados en una AZ legajados por unidad )<br>6.2 Formatos de Refrigerio - 72 listados en total _12 por profe<br>(Traer los fisicos para verificar_organizados en una AZ legajados por unidad) | 15% | 06-06-23 | 6.1: ok<br>6.2: ok | | |
| | | 7. Liderar , Monitorear y acompañar:<br>* Encuentro Grupales a las Familias<br>* Visitas en el Hogar a las Familias | 7.1. Formatos RAM. 18 Listados en total_ 3 por profe<br>(Traer los fisicos para verificar organizados en una AZ legajados por unidad) | 15% | 06-06-23 | 7.1.ok | | |
| | | 8. Construcción de la nómina recepcion y verificación de la documentación para formalización. | 8.1. Formato de nómina en excell.<br>8.2. Chek list de nómina por cargo (100% de los soportes relacionados) de la UDS asignad.<br>8.3. Certificación de cumplimiento. de las 18 Personas del equipo.<br>(Verificación Técnica)<br>Kennedy 25 de Mayo<br>Suba 26 de Mayo | 10% | 06-06-23 | 8.1: ok<br>8.2: ok<br>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 .<br>Para el mes de febrero:<br>9.2. Inventario de equipos Audiovisuales y Elementos entregados por APC | 5% | 06-06-23 | 9.1: ok<br>9.2: ok | | |
| | | 10. Programación General | 10.1 Cronograma de la unidad _ Encuentro grupales<br>10.2 Cronograma visitas _ Por Dupla<br>1.3 Proyección Grupos de Estudio, con Planeacion, Acta, Registro fotografico<br>Primera Semana del mes | 5% | 06-06-23 | 10.1: ok<br>10.2: ok<br>10.3 ok | | |
| | | 11. Avances SIGE | 11. 1 Organizacion Carpetas fisicas y digitales por unidad<br>11.2 Incluir los doc de avances de acuerdo a los estandares<br>3ra Semana del mes | 5% | 06-06-23 | 11.1: ok<br>11.2 ok | | |
| | | | TOTAL | 100% | | | | |

| | |
|---|---|
| FIRMA CONTRATISTA | Yolima Guzman |
| NOMBRE: | |
| C.C. | 40.443.431 |

| | |
|---|---|
| FIRMA COORDINADORA | |
| NOMBRE: | |
| C.C. | |

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELEFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 40443431 | YOLIMA GUZMAN FAJARDO | transversal 68g# 36-43 sur | 5332810 | yolguzmanfaja35@outlook.es | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | 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) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2023-05 | 2023-05 | 1 | 23/05/2023 | 67958377 | $441.500 | |

## 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 | 190.100 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 190.100 | 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 | 243.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 243.400 | 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 | 830003790-5 | 8.000 | | | | 8.000 | 0 | 0 | 8.000 | | | 80 | 8.000 | 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 | 190.100 | 190.100 |
| Pensión | 1 | 243.400 | 243.400 |
| Riesgos Laborales | 1 | 8.000 | 8.000 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 441.500 | 441.500 |

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 | RECONOCERÁ PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 40443431 | YOLIMA GUZMAN FAJARDO | | transversal 68pf 86-43 sur | 5332310 | yolgapromotora25@outlook.es | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | 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) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2023-06 | 2023-05 | I | 23/06/2023 | 87958377 | $441.500 | |

**DETALLE POR COTIZANTE**

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo cotizante | Subtipo | Extranjero | Colombiano en el exterior | Cotizante exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Cód. AFP | ING AFP | Cotización | Voluntario Aportante | Voluntario Afiliado | Fondo pensiones de solidaridad | Fondo pensiones de subsistencia | Cód. EPS | ING EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | ING ARL | Clase Riesgo | Cotización | Código CCF | ING CCF | Aporte CCF | ING otros parafiscales | Aporte ESAP | Aporte ESMA | Aporte ICBF | Aporte SENA |
| 1 | CC | 40443431 | GUZMAN FAJARDO YOLIMA | 57 | 0 | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | | 23023 | 1.510.500 | 343.937 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 1.510.500 | 193.500 | 14-11 | 1.510.500 | 1 | 6.000 | | 0 | 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-oi**

¿Cuánto?
**$ 441.500,00**

Fecha
**23 de mayo de 2023 a las 11:47 a. m.**

Referencia
**M1689974**

¿De dónde salió la plata?



**Disponible**
$ 441.500,00

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

**CUENTA DE COBRO No. 4**

**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:** 191238964 **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 Mayo**

**CONCEPTO: AGENTE EDUCATIVO 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 Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Ana María Barragan León
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 # 1100/532/2023**

| | |
|---|---|
| PROGRAMA | DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY. |
| NOMBRE | Ana María Barragán León |
| CARGO | AGENTE EDUCATIVO |
| PERIODO y FECHA | MAYO |

| FASE | PAGO No | PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES | FUENTES DE VERIFICACIÓN | PORCENTAJE | FECHA DE REVISION | CUMPLE | NO CUMPLE | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ATENCION MAYO | 4 | 1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales<br><br>**Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación y subidos al drive correspondiente del Grupo de Atención** | 1.1 **Planeación Grupal**, con las cuatro planeaciones de las áreas correspondientes (Formato ICBF) 20 mayo<br>1.2 **Cartilla digital**:<br>I. Parte uno: conociendonos al 100% diligenciada, 20 mayo<br>II. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, 20 mayo<br>III Diligenciamiento de la parte dos: Priorización de Practicas, 20 mayo<br>iv. Diligenciamiento de la movilizacion social: Mayo Gestar con Amor. | 15% | 05-06-23 | 1.1: OK<br>1.2: OK | | |
| | | 2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF)<br><br>**Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación, tener en cuenta lo planeado en los microproyectos** | 2.1. **Planeacion Encuentro en el hogar** (1 por cada participante - cargada en en el cuaderno digital en el drive correspondiente - de acuerdo el grupo etareo) -20 mayo<br>2.2 **Cronograma de visitas**, con las respectivas **Firmas** - que evidencie el Desarrollo de las 50 y/o ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente,-20 mayo<br>2.3 **Cartilla digital Parte uno:**<br>i. Conociendonos al 100% diligenciada,<br>ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada,<br>iii. Diligenciamiento de la parte dos: Priorización de Practicas, 20 mayo<br>iv. Seguimiento al desarrollo, escala de valoración | 15% | 05-06-23 | 2.1: OK<br>2.2: OK<br>2.3: OK | | |
| | | 3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en físico como en drive (60) | 3.5 Formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF | 5% | 05-06-23 | 3.5: OK | | |
| | | 4. Ingresos y Egresos<br>informar el administrativo el el último viernes de cada mes sus ingresos y egresos ____ durante el mes de Abril | 4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes **Mayo16**<br>4.2 Soportes de egreso (con la aprobación de la coordinación) Mayo16<br>4.3 Soportes de ingreso (soportes mínimos subidos al drive correspondiente: RC del participante, cédula del acudiente, recibo de servicio público de la vivienda) 16 mayo | 15% | 05-06-23 | 4.1: OK<br>4.2: OK<br>4.3: OK | | |
| | | 5.Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios,Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras. | 5.1 Formato Ram<br>5.2 Refrigerios<br>5.3 Formato **RPP**<br>5.4 Fotografías uno a uno de la entrega de RPP - en power Point<br>5.5 Formato de Bienestarina<br><br>Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni enmendaduras | 10% | 05-06-23 | 5.1: OK<br>5.2: OK<br>5.4: OK | | |
| | | 6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripe, o falta de algun documento | 6.1. Formato de novedades en físico por grupo de atencion (si aplica)<br>6.2 Formato de novedades subido el drive correspondiente del grupo de atención | 5% | 05-06-23 | 6.1. OK<br>6.2. OK | | |
| | | 7. Entrega de las escalas | 7.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que ingresaron en el mes febrero__ (documento en físico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante) | 15% | 05-06-23 | 7.1: OK | | 29 escalas |
| | | 8. Entrega Microproyecto Interdisciplinario | 8.1 Formato de estructura y orientaciones - POWER POINT- 26 mayo | 14% | 05-06-23 | 8.1: OK | | |
| | | 9. Generar espacios y ambientes enriquecidos que falciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las Intencionalidades de la UDS y a los microproyectos. | 9.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS acorde al proyecto pedagogico del territorio.<br>9.2 Los espacios intervenidos deben contar con una Intencionalidad pedagógica.<br>9.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación 26 mayo | 6% | 05-06-23 | 9.1: OK<br>9.2 OK | | |
| | | | | TOTAL 100% | | | | |

| | |
|---|---|
| FIRMA CONTRATISTA | Ana María Barragán L. |
| NOMBRE: | Ana María Barragán L. |
| C.C. | 1.030.592.403 |

| | |
|---|---|
| FIRMA COORDINADORA | |
| NOMBRE: | Yolima Cozman |
| C.C. | 40.442.431 |

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 1030572403 | | BARRAGAN LEON ANA MARIA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | Calle 40 sur 78 m 27 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 2555555 | No |

**DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION**

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2023-04 | 2023-04 | 207012165 | 9449522857 | I | 2023/05/03 | 2023/05/09 | BANCO DE BOGOTA | 4 | $329,300 |

**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 1030572403 | BARRAGAN ANA | 230301 | 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 |

2023/05/08 08:04 PM

aportes en línea

# Resumen General de Pago

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Dirección | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 1030573403 | | BARRAGAN LEON ANA MARIA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | Calle 40 sur 78 a 72 | BOGOTA-BOGOTA D.F. | 5555555 | No |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Límite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2023-04 | 2023-04 | 20702431165 | 94491642857 | I | 2023/05/03 | 2023/05/09 | BANCO DE BOGOTA | 6 | $339,300 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $185,600 | $1,400 | $0 | $187,000 |
| PROTECCION | 230201 | 800,229,739 | 0 | 1 | $185,600 | $1,400 | $0 | $187,000 |
| 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 | $1,100 | $0 | $146,100 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $145,000 | $1,100 | $0 | $146,100 |
| TOTAL | | | | | $336,700 | $2,600 | $0 | $339,300 |

2023/05/08 08:04 PM




# ¡Hola, José Gerardo Barragán Molano

**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: 2070242165
Empresa: **APORTES EN LINEA**
Descripción: Pago de la Planilla de **aportes** con clave: 9449622857
Valor de la Transacción: $ 339 300
Fecha de Transacción: 08/05/2023

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 y confiable para realizar tus pagos.
- Procura cambiar tus contraseñas bancarias frecuentemente.

Ciudad: Bogotá D.C | Mes: Mayo | Día: 30 | Año: 2023

**CUENTA DE COBRO No. 4**

**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 MAYO**

**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. 40.443.431

Aprobado por:

Ana Rocio Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Nidia Perez V.
NOMBRE: Nidia Perez Velasquez

C.C. 52463180
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 # 1100/532/2023**

| | |
|---|---|
| PROGRAMA: | DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY |
| NOMBRE: | Nidia perez delasalle |
| CARGO | AGENTE EDUCATIVO |
| PERIODO y FECHA | MAYO |

| FASE | PAGO No | PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES | FUENTES DE VERIFICACIÓN | PORCENTAJE | FECHA DE REVISION | CUMPLE | NO CUMPLE | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ATENCION MAYO | 4 | 1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales<br>**Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación y cubidos al drive correspondiente del Grupo de Atencion** | 1.1 Planeación Grupal, con las cuatro planeaciones de las áreas correspondientes (Formato ICBF) 20 mayo<br>1.2 Cartilla digital:<br>i. Parte uno: conociendonos al 100% diligenciada, 20 mayo<br>ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, 20 mayo<br>iii Diligenciamiento de la parte dos: Priorización de Practicas, 20 mayo<br>iv. Diligenciamiento de la movilizacion social: Mayo Gestar con Amor. | 15% | 05-06-23 | 1.1 OK<br>1.2 ok | | 1.1 Numero de los encuentros y que nos hacemos<br>1.2 Cronograma agregar Febrero y marzo. |
| | | 2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF)<br>**Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación, tener en cuenta lo planeado en los mineproyectos** | 2.1. Planeacion Encuentro en el hogar (1 por cada participante - carpeta en en el cuaderno digital en el drive correspondiente - de acuerdo al grupo atienden) -20 mayo<br>2.2 Cronograma de visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/o ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente.-20 mayo<br>2.3 Cartilla digital Parte uno:<br>i. Conociendonos al 100% diligenciada,<br>ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada,<br>iii Diligenciamiento de la parte dos: Priorización de Practicas, 20 mayo<br>iv. Seguimiento al desarrollo asiste de valoración | 15% | 05-06-23 | 2.1 ok<br>2.3 ok | | llevar Gestante<br>Quedar un solo cuaderno de Gestante y cuando nace el niño |
| | | 3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en físico como en drive (30) | 3.5 Formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF | 5% | 05-06-23 | | | |
| | | 4. Ingresos y Egresos<br>Informar al administrativo el el ultimo viernes de cada mes sus ingresos y egresos ____ durante el mes de Abril | 4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes Mayo16<br>4.2 Soportes de egreso (con la aprobación de la coordinación) Mayo16<br>4.3 Soportes de ingreso (soportes mínimos subidos al drive correspondiente: RC del participante, cédula del acudiente, recibo de servicio público de la vivienda) 16 mayo | 15% | 05-06-23 | 4.1 OK<br>4.2 OK<br>4.3 OK | | |
| | | 5.Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios,Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras. | 5.1 Formato Ram<br>5.2 Refrigerios<br>5.3 Formato RPP<br>5.4 Fotografías uno a uno de la entrega de RPP - en power Point<br>5.5 Formato de Bienestarina<br>Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni enmendaduras | 10% | 05-06-23 | 5.1 OK<br>5.2 OK<br>5.3 OK<br>5.4 OK<br>5.5 OK | | |
| | | 6.. Entrega del Formato de novedades por Inasistencia, gripa, o falta de algun documento | 6.1 Formato de novedades en físico por grupo de atencion (si aplica)<br>6.2 Formato de novedades subido al drive correspondiente del grupo de atención | 5% | 05-06-23 | 6.1 OK<br>6.2 OK | | |
| | | 7. Entrega de las escalas | 7.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que ingresaron en el mes febrero__ (documento en físico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante) | 15% | 05-06-23 | 7.1 N/A | | No aplica Escalas |
| | | 8. Entrega Miniproyecto Intradisciplinario | 8.1 Formato de estructura y orientaciones - POWER POINT- 20 mayo | 14% | 05-06-23 | 8.1 OK | | |
| | | 9. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faciliten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS y a los microproyectos. | 9.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS acorde al proyecto pedagogico del territorio.<br>9.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica<br>9.3 Buen uso de los materiales de consumo que se emplean para la ambientación 20 mayo | 6% | 05-06-23 | 9.1 OK<br>9.2 OK<br>9.3 OK | | |
| | | | | TOTAL 100% | | | | |

| | |
|---|---|
| FIRMA CONTRATISTA | Nidia Perez |
| NOMBRE: | Nidia perez |
| C.C. | 52463180 |

| | |
|---|---|
| FIRMA COORDINADORA | Yolima Gomez |
| NOMBRE: | |
| C.C. | 1044343.43 |

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 52463180 | | PEREZ VELASQUEZ LUZ NIDIA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | Krv 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 |
| 2023-04 | 2023-04 | 2096749297 | 9450344107 | 1 | 2023/05/18 | 2023/05/24 | NEQUI | 6 | $339,300 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | NOVEDADES | PENSION | | | SALUD | | | CCF | | | RIESGOS | | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombre | | 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 |
| | | | | | | $1,160,000 | $185,600 | | | $1,160,000 | $145,000 | | | $0 | $0 | | | $1,160,000 | | $6,100 | | $0 | $0 | | $336,700 |
| 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 | 52463180 | PEREZ LUZ | 23030 1 | 30 | $1,160,000 | $185,600 | EPS008 | 30 | $1,160,000 | $145,000 | | 0 | $0 | $0 | 14-11 | 30 | $1,160,000 | 0.5229 | $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 52463180 | | PEREZ VELASQUEZ LUZ NIDIA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | Krv 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 |
| 2023-04 | 2023-04 | 2096749297 | 9450344107 | 1 | 2023/05/18 | 2023/05/24 | NEQUI | 6 | $339,300 |


**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $185,600 | $1,400 | $0 | $187,000 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $185,600 | $1,400 | $0 | $187,000 |
| 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 | $1,100 | $0 | $146,100 |
| COMPENSAR | EPS008 | 860,066,942 | 7 | 1 | $145,000 | $1,100 | $0 | $146,100 |
| TOTAL | | | | 1 | $336,700 | $2,600 | $0 | $339,300 |

# ← Comprobante

Movimiento hecho en:

NEQUI

Número de referencia

**M1004294**

**Pago realizado**

Pago en

**Aportes En Linea**

¿Cuánto?

**$ 339.300,00**

Fecha

**24 de mayo de 2023 a las 09:59 a. m.**

¿Preguntas? Ve al menú Movimientos en la app Nequi y reporta un problema.

VIGILADO

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

**CUENTA DE COBRO No. 2**

**ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA**
**NIT 830.107.985-1**

**DEBE A: MARIA ALEJANDRA DURAN ORTIZ**

**CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS**
**No. APC2023-DIMFKENNEDY-CON019**

**NOMBRE: María Alejandra Duran Ortiz**
**CEDULA**: 1.099.894.901
**CUENTA BANCARIA: 329259238 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 Mayo**

**CONCEPTO: AGENTE EDUCATIVA PERFIL 1, 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: ($2.296.800)** 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. 40.441.431

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Alejandra Durán

NOMBRE: María Alejandra Duran Ortiz
C.C. 1.099.894.901
CORREO: malduor95@gmail.com
DR. Calle 49 a bis sur # 10 d 20
TEL: 3133606640

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 GRAN BRITALIA Y TRIUNFADORAS |
| NOMBRE | ALEJANDRA DURAN |
| CARGO | AGENTE EDUCATIVO |
| PERIODO Y FECHA | MAYO |

| FASE | PAGO No | PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES | FUENTES DE VERIFICACIÓN | PORCENTAJE | FECHA DE REVISION | ALEJANDRA DURAN | CUMPLE | NO CUMPLE | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ATENCION | 3 | 1. Plancar, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales<br><br>**Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación y subidos al drive correspondiente del Grupo de Atencion** | 1.1 **Planeación Grupal**, con las cuatro planeaciones de las áreas correspondientes (Formato ICBF) **20 mayo**<br>**1.2 Cartilla digital:**<br>i. Parte uno: conociendonos al 100% diligenciada, **20 mayo**<br>ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, 20 mayo<br>iii Diligenciamiento de la parte dos: Priorización de Practicas, **20 mayo**<br>iv. Diligenciamiento de la movilizacion social: **Mayo Gestar con Amor.** | 15% | 05-06-23 | 1.1. ok<br>1.2. ok | | | |
| | | 2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF)<br><br>**Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación, tener en cuenta lo planeado en los microproyectos** | 2.1. Planeacion **Encuentro en el hogar** (1 por cada participante - cargada cada en el cuaderno digital en el drive correspondiente - de acuerdo al grupo etareo) -20 mayo<br>2.2 **Cronograma de visitas,** con las respectivas Firmas - que evidence el Desarrollo de los 50 y/o_____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente.-20 mayo<br>**2.3 Cartilla digital Parte uno:**<br>i. Conociendonos al 100% diligenciada,<br>ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada,<br>iii. Diligenciamiento de la parte dos: Priorización de Practicas, 20 mayo<br>iv. Seguimiento al desarrollo, escala de valoración | 15% | 05-06-23 | 2.1.<br>2.2.<br>2.3 | | | |
| | | 3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en físico como en drive (50) | 3.5 Formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF | 5% | 05-06-23 | 3.5. ok | | | |
| | | 4. Ingresos y Egresos<br>*Informar al administrativo el el ultimo viernes de cada mes sus ingresos y egresos ____ durante el mes de Abril | 4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes **Mayo16**<br>4.2 Soportes de egreso (con la aprobación de la coordinación) Mayo16<br>4.3 Soportes de ingreso (**soportes mininos subidos al drive correspondiente**: RC del participante, cedula del acudiente, recibo de servicio público de la vivienda) 16 mayo | 15% | 05-06-23 | 4.1. ok<br>4.2. ok<br>4.3. ok | | | |
| | | 5.Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios,Rpp y Benestarina sin tachones ni enmendaduras. | 5.1 Formato Ram<br>5.2 Refrigerios<br>5.3 Formato RPP<br>5.4 Fotografias uno a uno de la entrega de RPP - en power Point<br>5.5 Formato de Bienestarina<br><br>Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni enmendaduras | 10% | 05-06-23 | 5.1. ok<br>5.2 ok<br>5.3. ok<br>5.4. ok<br>5.5. ok | | | |
| | | 6.. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento | 6.1 Formato de novedades en **físico** por grupo de atencion (si aplica)<br>6.2 Formato de novedades subido al drive correspondiente del grupo de atención | 5% | 05-06-23 | 6.1. ok<br>6.2 ok | | | |
| | | 7. Entrega de las escalas | 7.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que ingresaron en el mes febrero__(documento en físico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante) | 15% | 05-06-23 | 7.1 :ok | | | 36 Escalas |
| | | 8. Entrega Microproyecto Interdisciplinario | 8.1 Formato de estructura y orientaciones - POWER POINT- 20 mayo | 14% | 05-06-23 | 8.1. ok | | | |
| | | 9. Generar espacios y ambientes enriquecidos que fatiliten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS y a los microproyectos. | 9.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS acordes al proyecto pedagogico del territorio.<br>9.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica.<br>9.3 Buen uso de los materiales de consumo que se emplean para la ambientación **20 mayo** | 6% | 05-06-23 | 9.1. ok<br>9.2 ok<br>9.3 ok | | | |
| | | | TOTAL | 100% | | | | | |

| | |
|---|---|
| FIRMA CONTRATISTA | Alejandra Duran |
| NOMBRE: | ALEJANDRA DURAN |
| C.C. | 1.069.894.901 |

| | |
|---|---|
| FIRMA COORDINADORA | |
| NOMBRE: | YOLIMA GUZMAN FAJARDO |
| C.C. | 40.443.431 |

# SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2023-05-25, 09:28:58 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Número Planilla:** 63530015

**Periodo Cotización:** abril de 2023 **Periodo Servicio:** abril de 2023

**PAGADA 25/05/2023**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Razón Social** | MARIA ALEJANDRA DURAN ORTIZ | | | | |
| **Documento** | CC1099894901 | **Dirección** | CL 49A SUR #10 D - 20 | | |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3133696640 | | |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO | **Total Afiliados** | 1 |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. | | |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | | | |

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días PENSION | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Administradora | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Min Educación | Total |
| CC 1099894901 | DURAN ORTIZ MARIA ALEJANDRA | 57 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | PORVENIR | $ 1.160.000 | $ 165.600 | FAMISANAR EPS | $ 1.160.000 | $ 145.000 | ARL SURA | $ 1.160.000 | $ 6.100 | NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 336.700 |

## III. TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes FSP | Aportes FSS | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE | TOTAL INTERESES | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 1.160.000 | $ 1.160.000 | $ 1.160.000 | $ 0 | $ 165.600 | $ 0 | $ 0 | $ 145.000 | $ 6.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 336.700 | $ 20.900 | $ 357.600 |



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.

Número de Transacción: APII72294532139618936

# Pagos Servicios Electrónicos

Fecha: mayo 25 de 2023 09:26 AM

**¡ El débito a la cuenta se ha realizado**
**EXITOSAMENTE !**
**Número de Confirmación: 527NPWY**

Estimado cliente. El pago que acaba de realizar está sujeto a aprobación, por favor para concluir el pago seleccione la opción "Regresar Al Comercio", y verifique el estado final de la transacción, si tiene algún inconveniente, comuníquese con el operador de información en donde liquidó su planilla, o con el comercio desde el cual está efectuando la compra o pago".

| | |
|---|---|
| **Cuenta desde la cual se realizó el pago:** | Cuenta de Ahorros *******6080 |
| **Comercio Virtual:** | ENLACE OPERATIVO S.A. |
| **Referencia de Pago:** | 63530015 |
| **Valor Pagado:** | $ 336.700,00 |

Imprimir Cerrar

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

**PCUENTA DE COBRO No. 03**

**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 Mayo

**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 Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Yeimy Paola Gutierrez

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 # 1100/532/2023**

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

| FASE | PAGO No | PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES | FUENTES DE VERIFICACIÓN | PORCENTAJE | FECHA DE REVISION | CUMPLE | NO CUMPLE | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ATENCION MAYO | 4 | 1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales<br><br>Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación y subidos al drive correspondiente del Grupo de Atención | 1.1 Planeación Grupal, con las cuatro planeaciones de las áreas correspondientes (Formato ICBF) 20 mayo<br>1.2 Cartilla digital:<br>I. Parte uno: conocimientos el 100% diligenciada, 20 mayo<br>II. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, 20 mayo<br>III Diligenciamiento de la parte dos: Priorización de Practicas, 20 mayo<br>iv. Diligenciamiento de la movilizacion social: Mayo Gestar con Amor. | 15% | 05-06-23 | 1.2<br>1.0K<br>1.0K<br>1.0K<br>no ok | | |
| | | 2. Desarrollar de manera asertiva, planeado y evaluado encuentros educativos en el hogar de minimo 60 minutos de formación (DIMF)<br><br>Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación, tener en cuenta lo planeado en los microproyectos | 2.1. Planeacion Encuentro en el hogar (1 por casa participante - cargada en en el cuaderno digital en el drive correspondiente - de acuerdo al grupo etareo) -20 mayo<br>2.2 Cronograma de visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 60 y/o _____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente.-20 mayo<br>2.3 Cartilla digital Parte uno:<br>I. Conocimientos al 100% diligenciada,<br>ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada,<br>iii. Diligenciamiento de la parte dos: Priorización de Practicas, 20 mayo<br>iv. Seguimiento al desarrollo, escala de valoración | 15% | 05-06-23 | 2.1 ok<br>2.2ok<br>2.3ok | | |
| | | 3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en fisico como en drive (60) | 3.6 Formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF | 5% | 05-06-23 | 3.5ok | | |
| | | 4. Ingresos y Egresos<br>Informar al administrativo el el último viernes de cada mes sus ingresos y egresos _____ durante el mes de Abril | 4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes Mayo16<br>4.2 Soportes de egreso (con la aprobación de la coordinación) Mayo16<br>4.3 Soportes de ingreso (soportes mínimos subidos al drive correspondiente: RC del participante, cédula del acudiente, recibo de servicio público de la vivienda) 16 mayo | 15% | 05-06-23 | 4.1 ok<br>el 2ok<br>el 3 ok | | |
| | | 5.Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios,Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras. | 5.1 Formato Ram<br>5.2 Refrigerios<br>5.3 Formato RPP<br>5.4 Fotografias uno a uno de la entrega de RPP - en power Point<br>5.5 Formato de Bienestarina ?<br><br>Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni enmendaduras | 10% | 05.06.23 | 5.1 ok<br>5.2 ok<br>5.3 ok<br>5.4 ok<br>5.5 ok | | |
| | | 6.. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento | 6.1 Formato de novedades en fisico por grupo de atencion (si aplica)<br>6.2 Formato de novedades subido al drive correspondiente del grupo de atención | 5% | 05-06-23 | 6.1 ok<br>6.2 ok | | |
| | | 7. Entrega de las escalas | 7.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que ingresaron en el mes febrero_ (documento en fisico en las carpetas y escaneado en la carpta digital del participante) | 15% | 05-06-23 | 7.1 ok | | 38 escalas |
| | | 8. Entrega Microproyecto Interdisciplinario | 8.1 Formato de estructura y orientaciones - POWER POINT- 20 mayo | 14% | 05-06-23 | 8. ok | | |
| | | 9. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faliciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS y a los microproyectos. | 9.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS acorde al proyecto pedagogico del lesñorio.<br>9.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica.<br>9.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación 20 mayo | 5% | 05-06-23 | 9.1 ok<br>9.2 ok<br>9.3 ok | | |
| | | | | TOTAL 100% | | | | |

| | |
|---|---|
| FIRMA CONTRATISTA | Yeimy Paola Gutierrez |
| NOMBRE: | Yeimy Paola Gutierrez |
| C.C. | 52.861.784 |

| | |
|---|---|
| FIRMA COORDINADORA | |
| NOMBRE: | Yolmer Guzman |
| C.C. | 79.444.631 |

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 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 |
| 2023-04 | 2023-04 | 2096329210 | 9450407132 | I | 2023/05/19 | 2023/05/24 | NEQUI | 5 | $362,300 |

**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 | 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 | | | $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 |
| 2023-04 | 2023-04 | 2096329210 | 9450407132 | I | 2023/05/19 | 2023/05/24 | NEQUI | 5 | $362,300 |


**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $185,600 | $1,200 | $0 | $186,800 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $185,600 | $1,200 | $0 | $186,800 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $6,100 | $100 | $0 | $6,200 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $6,100 | $100 | $0 | $6,200 |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $23,200 | $200 | $0 | $23,400 |
| COMPENSAR | CCF24 | 860,066,942 | 7 | 1 | $23,200 | $200 | $0 | $23,400 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $145,000 | $900 | $0 | $145,900 |
| NUEVA E.P.S. | EPS037 | 900,156,264 | 2 | 1 | $145,000 | $900 | $0 | $145,900 |
| TOTAL | | | | 1 | $359,900 | $2,400 | $0 | $362,300 |

# ← Comprobante

Movimiento hecho en:

NEQUI

Número de referencia

**M6067173**

**Pago realizado**

Pago en

**Aportes En Linea**

¿Cuánto?

**$ 362.300,00**

Fecha

**23 de mayo de 2023 a las 10:00 p. m.**

¿Preguntas? Ve al menú Movimientos en la app Nequi y reporta un problema.

VIGILADO Superintendencia Financiera de Colombia

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

**CUENTA DE COBRO No. 5**

**ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA**
**NIT 830.107.986-2**

**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 Mayo**

**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 Roció 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 # 1100/532/2023**

| | |
|---|---|
| PROGRAMA | DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY |
| NOMBRE | Ana Camacho |
| CARGO | AGENTE EDUCATIVO |
| PERIODO y FECHA | MAYO |

| FASE | PAGO No | PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES | FUENTES DE VERIFICACIÓN | PORCENTAJE | FECHA DE REVISIÓN | CUMPLE | NO CUMPLE | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ATENCION MAYO | 4 | 1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales<br><br>Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación y subidos al drive correspondiente del Grupo de Atención | 1.1 **Planeación Grupal**, con las cuatro planeaciones de las áreas correspondientes (Formato ICBF) 20 mayo<br>1.2 **Cartilla digital:**<br>I. Parte uno: conocedentonos al 100% diligenciada, 20 mayo<br>II. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, 20 mayo<br>III Diligenciamiento de la parte dos: Priorización de Practicas, 20 mayo<br>Iv. Diligenciamiento de la movilización social: Mayo Gestar con Amor. | 15% | 05-06-23 | 11:0K<br>12:0K | | |
| | | 2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF)<br><br>Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación, tener en cuenta lo planeado en los microproyectos | 2.1. **Planeación Encuentro en el hogar** (1 por cada participante - cargada en en el cuaderno digital en el drive correspondiente - de acuerdo al grupo etareo) -20 mayo<br>2.2 **Cronograma de visitas**, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/o ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atención correspondiente.-20 mayo<br>2.3 **Cartilla digital Parte uno:**<br>I. Conocedentonos al 100% diligenciada,<br>II. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada,<br>III. Diligenciamiento de la parte dos: Priorización de Practicas, 20 mayo<br>Iv. Seguimiento al desarrollo, escala de valoración | 15% | 05-06-23 | 21:0K<br>22:0K<br>23:0K | | |
| | | 3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en físico como en drive (50) | 3.6 Formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF | 5% | 05-06-23 | 3:0K | | |
| | | 4. Ingresos y Egresos<br>Informar al administrativo el el último viernes de cada mes sus ingresos y egresos ____ durante el mes de Abril | 4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes Mayo16<br>4.2 Soportes de egreso (con la aprobación de la coordinación) Mayo16<br>4.3 Soportes de ingreso (soportes mínimos subidos al drive correspondiente: RC del participante, cédula del acudiente, recibo de servicio público de la vivienda) 16 mayo | 15% | 05-06-23 | 41:0K<br>42:0K<br>43:0K | | |
| | | 5.Entrega de Formatos de Ram, Refrigerio,Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras. | 5.1 Formato Ram<br>5.2 Refrigerios<br>5.3 Formato RPP<br>5.4 Fotografías uno a uno de la entrega de RPP - en power Point<br>5.5 Formato de Bienestarina<br><br>Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni enmendaduras | 10% | 05-06-23 | 51:0K<br>52:0K<br>53:0K<br>54:0K<br>55:0K | | |
| | | 6.. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento | 6.1 Formato de novedades en físico por grupo de atención (si aplica)<br>6.2 Formato de novedades subido al drive correspondiente del grupo de atención | 5% | 05-06-23 | 6.1 OK<br>62 OK | | |
| | | 7. Entrega de las escalas | 7.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que ingresaron en el mes febrero__ (documento en físico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante) | 15% | 05-06-23 | 7.1OK | | 33 escalas |
| | | 8. Entrega Microproyecto Interdisciplinario | 8.1 Formato de estructura y orientaciones - POWER POINT- 20 mayo | 14% | 05-06-23 | 8.1 OK | | |
| | | 9. Generar espacios y ambientes enriquecidos que fa[illegible] el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS y a los microproyectos. | 9.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS acorde al proyecto pedagogico del territorio.<br>9.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica.<br>9.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación 20 mayo | 6% | 05-06-23 | 9.1 OK<br>9.3 OK | | |
| | | | | TOTAL | 100% | | | |

| | |
|---|---|
| FIRMA CONTRATISTA | Ana Camacho |
| NOMBRE: | Ana Camacho |
| C.C. | 39664915 |

| | |
|---|---|
| FIRMA COORDINADORA | Yolima Guzman |
| NOMBRE: | Yolima Guzman |
| C.C. | 40.443.437 |

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCION | TELEFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 39684915 | ANA HERLINDA CAMACHO SANCHEZ | carrera 78 a # 47 30 sur | 3142870 | ancsa12@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD IBC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2023-04 | 2023-04 | I | 20/04/2023 | 87118215 | $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 | 830008584-7 | 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 | 8909439... | 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 IBC, LMA, IBP 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 | 39564915 | ANA HERLINDA CAMACHO SANCHEZ | carrera 78 a # 47 30 sur | 3143870 | ancas12@hotmail.com | |
| **FORMA PRESENTACIÓN** | **CLASE APORTANTE** | **NOMBRE SUCURSAL** | **CÓDIGO** | **DEPARTAMENTO** | **CIUDAD / MUNICIPIO** | |
| UNICA | 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 | |
| 2023-04 | 2023-04 | I | 20/04/2023 | 87116215 | 5336.700 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Subtipo | Holgo | Extranjero | Colombiano en el exterior | Dominicado | IGE | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | DIAS COTIZADOS | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario a AFP/ARP | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Días/cotiz / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Días cotiz | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC | 39564915 | CAMACHO SANCHEZ ANA HERLINDA | 57 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | 30 | 23-14 | 1.160.000 | 83.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS017 | 1.160.000 | 145.000 | 14-11 | 1.160.000 | 1 | 5.100 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

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

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 9373544540 DV: 588672

Cajero: KAREAGPE

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

Fecha: 20/05/2023 11:49:18

PS Recaudador:
912281 SOCORRO CALLE 49 SUR II

Cantidad cupones: 1

| | |
|---|---|
| Nombre: | nan |
| Apellido 1: | nan |
| NUM PLANILLA: | 8367845070 |
| TIPO DE IDENTIFICACION: | CEDULA DE CIUDADANIA |
| NUMERO IDENTIFICACION: | 39664915 |
| PERIODO: | 202302 |
| Referencia | Valor |
| 8367845070 | $368.600,00 |

Valor recibido: $368.600,00
Forma de pago: EFECTIVO

Aplica condiciones particulares con el
cliente beneficiario

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

**CUENTA DE COBRO No. 5**

**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 Mayo**

**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.

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

| | |
|---|---|
| PROGRAMA | DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY |
| NOMBRE | JAZMIN BECERRA |
| CARGO | AGENTE EDUCATIVO |
| PERIODO y FECHA | MAYO |

| FASE | PAGO No | PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES | FUENTES DE VERIFICACIÓN | PORCENTAJE | FECHA DE REVISIÓN | CUMPLE | NO CUMPLE | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ATENCION MAYO | 4 | 1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales<br><br>Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación y subidos al drive correspondiente del Grupo de Atención | 1.1 **Planeación Grupal**, con las cuatro planeaciones de las áreas correspondientes (Formato ICBF) 20 mayo<br>1.2 **Cartilla digital:**<br>i. Parte uno: conociendonos al 100% diligenciada, 20 mayo<br>ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, 20 mayo<br>iii Diligenciamiento de la parte dos: Priorización de Practicas, 20 mayo<br>iv. Diligenciamiento de la movilizacion social: Mayo Gestar con Amor. | 15% | 05-06-23 | 11. OK<br>12. OK | | |
| | | 2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF)<br><br>Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación, tener en cuenta lo planeado en los microproyectos | 2.1. **Planeación Encuentro en el hogar** (1 por cada participante - cargala en en el cuaderno digital en el drive correspondiente - de acuerdo el grupo etareo) -20 mayo<br>2.2 **Cronograma de visitas**, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/o ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atención correspondiente.-20 mayo<br>2.3 **Cartilla digital Parte uno:**<br>i. Conociendonos al 100% diligenciada,<br>ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada,<br>iii. Diligenciamiento de la parte dos: Priorización de Practicas, 20 mayo<br>iv. Seguimiento al desarrollo, escala de valoración | 15% | 05-06-23 | 2.1<br>2.2 OK<br>2.3 OK | | |
| | | 3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en físico como en drive (50) | 3.5 Formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF | 5% | 05-06-23 | 3. OK | | |
| | | 4. Ingresos y Egresos<br>Informar al administrativo el el ultimo viernes de cada mes sus ingresos y egresos ____ durante el mes de Abril | 4.1 Formato de Ingresos y egresos _____ en el mes Mayo16<br>4.2 Soportes de egreso (con la aprobación de la coordinación) Mayo16<br>4.3 Soportes de ingreso (soportes mínimos subidos al drive correspondiente: RC del participante, cédula del acudiente, recibo de servicio público de la vivienda) 16 mayo | 15% | 05-06-23 | 4.1 OK<br>4.2 OK<br>4.3 OK | | |
| | | 5.Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios,Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras. | 5.1 Formato Ram<br>5.2 Refrigerios<br>5.3 Formato RPP<br>5.4 Fotografías uno a uno de la entrega de RPP - en power Point.<br>5.6 Formato de Bienestarina<br><br>Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni enmendaduras | 10% | 05-06-23 | 5.1 OK<br>5.2 OK<br>5.3 OK<br>5.4 OK<br>5.5 N/A | | |
| | | 6.. Entrega del Formato de novedades por Inasistencia, gripa, o falta de algun documento | 6.1 Formato de novedades en físico por grupo de atencion (si aplica)<br>6.2 Formato de novedades subido al drive correspondiente del grupo de atención | 5% | 05-06-23 | 6.1 OK<br>6.2 OK | | |
| | | 7. Entrega de las escalas | 7.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que ingresaron en el mes febrero__ (documento en físico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante) | 15% | 05-06-23 | 7.1 OK | | 28 Escalas |
| | | 8. Entrega Microproyecto Interdisciplinario | 8.1 Formato de estructura y orientaciones - POWER POINT- 20 mayo | 14% | 05-06-23 | 8.1 OK | | |
| | | 9. Generar espacios y ambientes enriquecidos que fomenten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS y a los microproyectos. | 9.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS acorde al proyecto pedagogico del territorio.<br>9.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica.<br>9.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación 20 mayo | 6% | 05-06-23 | 9.2 OK<br>9.2 OK<br>9.3 OK | | |
| | | | | TOTAL 100% | | | | |

| | |
|---|---|
| FIRMA CONTRATISTA | JAZMIN BECERRA |
| NOMBRE: | JAZMIN BECERRA |
| C.C. | 53931661 |

| | |
|---|---|
| FIRMA COORDINADORA | |
| NOMBRE: | Yolima Guzman |
| C.C. | 40443431 |

compensar | miplanilla.com

**CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL**

La empresa **ANA JAZMIN BECERRA GALLO**, identificada con **CC** número **52931661**, aportó por el empleado **ANA JAZMIN BECERRA GALLO** identificado(a) con **CC** número **52931661** 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 05 - 2023 de la siguiente forma.

| CÓDIGO | NOMBRE ADMINISTRADORA | COTIZANTE | T. I. | T. E. | T. A. | E. P. | V. S. P. | V. T. E. | I. R. | S. L. N. | I. G. E. | L. M. A. | V. A. C. | V. S. T. | ING | DÍAS COTIZADOS | IBC | TARIFA APORTE | COTIZACIÓN OBLIGATORIA | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | PERIODO | NÚMERO DE PLANILLA | FECHA DE PAGO | MORA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 | Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones | 57 | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | $1,160,000 | 0.16000 | $185,600 | $0 | $0 | Mayo - 2023 | 67775864 | 11/05/2023 | NO |
| 14-11 | ARL SURA | 57 | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | $1,160,000 | 0.00522 | $6,100 | $0 | $0 | Mayo - 2023 | 67775864 | 11/05/2023 | NO |
| CCF24 | Compensar Caja de Compensacion Fliar | 57 | | | | | | | | | | | | | D | 30 | $1,160,000 | 0.02000 | $23,200 | $0 | $0 | Mayo - 2023 | 67775864 | 11/05/2023 | NO |
| EPS017 | Famisanar EPS Cafam Colsubsidio | 57 | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | $1,160,000 | 0.12500 | $145,000 | $0 | $0 | Mayo - 2023 | 67775864 | 11/05/2023 | NO |

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

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 337202

jueves, 11 de mayo de 2023, 9:23:37 AM

## Detalle

$359,900.00

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 | 2023-05-11 9:21:49 |
| NIT del comercio | 9998600669427 |
| Número de factura | 67775864 |
| Código Único de Seguimiento | 2075209416 |
| Dirección IP: | 181.57.2.165 |
| Referencia 1: | 181.57.2.165 |
| Referencia 2: | CC |
| Referencia 3: | 52931661 |

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

**CUENTA DE COBRO No. 5**

**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 Mayo**

**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 Roció 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 # 1100/532/2023

| | |
|---|---|
| PROGRAMA | DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY |
| NOMBRE | SCONER CHACES |
| CARGO | AGENTE EDUCATIVO |
| PERIODO y FECHA | MAYO |

| FASE | PAGO No | PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES | FUENTES DE VERIFICACIÓN | PORCENTAJE | FECHA DE REVISION | CUMPLE | NO CUMPLE | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ATENCION MAYO | 4 | 1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales<br><br>Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación y subidos al drive correspondiente del Grupo de Atención | 1.1 Planeación Grupal, con las cuatro planeaciones de las áreas correspondientes (Formato ICBF) 25 mayo<br>1.2 Cartilla digital:<br>I. Parte uno: conociendonos al 100% diligenciada, 20 mayo<br>II. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, 20 mayo<br>iii Diligenciamiento de la parte dos: Priorización de Practicas, 20 mayo<br>iv. Diligenciamiento de la movilizacion social: Mayo Gestar con Amor. | 15% | 05-06-23 | 1.1 OK<br>1.2 OK | | |
| | | 2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF)<br><br>Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación, tener en cuenta lo plasmado en los microproyectos | 2.1. Planeacion Encuentro en el hogar (1 por cada participante - cargada en en el cuaderno digital en el drive correspondiente - de acuerdo al grupo etareo) -20 mayo<br>2.2 Cronograma de visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/o ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente -20 mayo<br>2.3 Cartilla digital Parte uno:<br>I. Conociendonos al 100% diligenciada,<br>ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada,<br>iii. Diligenciamiento de la parte dos: Priorización de Practicas, 20 mayo<br>iv. Seguimiento al desarrollo, escala de valoración | 15% | 05-06-23 | 2.1 OK<br>2.2 OK<br>2.3 OK | | |
| | | 3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en físico como en drive (50) | 3.5 Formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF | 5% | 05-06-23 | 3.5 OK | | |
| | | 4. Ingresos y Egresos<br>Informar al administrativo el el último viernes de cada mes sus ingresos y egresos ____ durante el mes de Abril | 4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes Mayo16<br>4.2 Soportes de egreso (con la aprobación de la coordinación) Mayo16<br>4.3 Soportes de ingreso (soportes mínimos subidos al drive correspondiente: RC del participante, cédula del acudiente, recibo de servicio público de la vivienda) 16 mayo | 15% | 05-06-23 | 4.1 OK<br>4.2 OK<br>4.3 OK | | |
| | | 5.Entrega de Formatos de Ram, Refrigertos,Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras | 5.1 Formato Ram<br>5.2 Refrigertos<br>5.3 Formato RPP<br>5.4 Fotografias uno a uno de la entrega de RPP - en power Point<br>5.5 Formato de Bienestarina<br><br>Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni enmendaduras | 10% | 05-06-23 | 5.1 OK<br>5.2 OK<br>5.3 OK<br>5.4 OK<br>5.5 OK | | |
| | | 6.. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento | 6.1 Formato de novedades en físico por grupo de atención (si aplica)<br>6.2 Formato de novedades subido al drive correspondiente del grupo de atención | 5% | 05-06-23 | 6.1 OK<br>6.2 OK | | |
| | | 7. Entrega de las escalas | 7.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que ingresaron en el mes febrero_ (documento en físico en las carpetas y escaneado en la carpeta digital del participante) | 10% | 05-06-23 | 7.1 OK | | 40 Escalas |
| | | 8. Entrega Microproyecto Intradisciplinario | 8.1 Formato de estructura y orientaciones - POWER POINT- 20 mayo | 14% | 05-06-23 | 8.1 OK | | |
| | | 9. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faciliten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS y a los microproyectos. | 9.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS acorde al proyecto pedagogico del territorio.<br>9.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica.<br>9.3 Buen uso de los materiales de consumo que se emplean para la ambientación 20 mayo | 8% | 05-06-23 | 9.1 OK<br>9.2 OK<br>9.3 OK | | |
| | | | TOTAL | 100% | | | | |

| | |
|---|---|
| FIRMA CONTRATISTA | SCONER CHACES |
| NOMBRE: | SCONER CHACES |
| C.C. | 52842653 |

| | |
|---|---|
| FIRMA COORDINADORA | |
| NOMBRE: | Yolima 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 | 52847553 | SOONER SUSANA CHAVES RODRIGUEZ | CRA 79 F 46 16 SUR BLOQUE 3 | 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 | |
| 2023-04 | 2023-04 | I | 16/05/2023 | 87614762 | $338.400 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Extranjero | Sustitu. | Estudiante | Extranj. cotizante | Nacionalidad | INGRESO | RETIRO | TDE | TDE | TDP | TDP | 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 | 52847553 | CHAVES RODRIGUEZ SOONER SUSANA | SE | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 1.160.000 | 185.600 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS037 | 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

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 | 52847663 | SOONER SUSANA CHAVES RODRIGUEZ | CRA 79 F 45 16 SUR BLOQUE 3 | 3208583272 | 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 | |
| 2023-04 | 2023-04 | I | 16/05/2023 | 67614782 | $338.400 | |

## 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 | 146.000 | 0 | | 0 | | 0 | 4 | 700 | 0 | 145.700 | 1 |

**TOTALES PENSIÓN**

| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 | Colpensiones | 900336004-7 | 185.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 800 | 0 | 186.600 | 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 | 830603790-5 | 6.100 | | | | 6.100 | 4 | 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. Administradores Reportados | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 1 | 145.000 | 145.700 |
| Pensión | 1 | 185.600 | 186.600 |
| 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 | 338.400 |

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 933202**

martes, 16 de mayo de 2023, 10:39:33 AM

## Detalle

**$338,400.00**
Valor Pagado

| | |
|---|---|
| IVA incluído: | $0.00 |
| Pago a: | COMPENSAR-OI |
| Débito desde: | Cuenta de ahorros ******0032 |
| Descripción: | MiPlanilla.com Pago Proteccion Social |
| Fecha y hora inicio transacción | 2023-05-16 10:38:22 |
| NIT del comercio | 9998600669427 |
| Número de factura | 67514782 |
| Código Único de Seguimiento | 2084159047 |
| Dirección IP: | 165.225.222.170 |
| Referencia 1: | 165.225.222.170 |
| Referencia 2: | CC |
| Referencia 3: | 52847653 |

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

**CUENTA DE COBRO No. 5**

**ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA**
**NIT 830.107.985-1**

**DEBE A:YURI ALEXANDRA GARCIA AVILA**

**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 Mayo

**CONCEPTO: PSICOSOCIAL DIMF KENNEDY CON 200 CUPOS ,DENTRO DEL 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: ($3.062.400 )** Tres millones sesenta y dos mil cuatrocientos pesos M/Cte. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Yolima Guzmán fajardo
Coordinador
C.C.40.441.431

Aprobado por:

Ana Rocio Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

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 # 1100/532/2023**

| | |
|---|---|
| PROGRAMA | DIMF GESTANDO FUTURO GRAN BRITALIA Y TRIUNFADORAS |
| NOMBRE | YURI ALEXANDRA GARCIA AVILA |
| CARGO | PSICOSOCIAL |
| PERIODO Y FECHA | MAYO |

| 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, de los 150 familias delegadas, Registrar en digital la lista de chequeo con las 7 atenciones por (Registro civil,eps,vacunas,crecimiento y desarrollo,control prenatal,vacunas,sisben)debe facilitar el filtrar.<br>1.2 Acta de proceso o Formato de novedades | 10% | 08-06-23 | 1.1: OK<br>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 2 gestiones, por profesional psicosocial) | 2.1. Cartas de gestion con radicado<br>2.2, Matriz de Gestión Interistitucional, historica incluir mayo | 5% | 05-06-23 | 2.1 OK<br>2.2 OK | | |
| | | 3. Validación criterios de focalizacion junto con el documento de identidad, de los nuevos ingresos de los meses marzo y abril, que son_____ | 3.1 Formato Visita Criterios de Focalización_____ para los casos de ingreso nuevos que aplique<br>3.2. Subir al drive creado por grupo territorial los criterios de focalización de los participantes nuevos_____, a los cuales no aplica visita.<br>Se carga la totalidad de Criterios de Focalización de _____ Participantes corresponditentes a los tres grupos de atención delegados.<br>3.3 Cronograma de Visitas - Firma de las familias Visitadas (Formato APC).<br>3.4 Organizacion base de criterios enviada por los centros zonales(suba-kennedy)16 de mayo,nuevos ingresos a la fecha. | 10% | 05-06-23 | 3.1: OK<br>3.2: OK<br>3.3: OK<br>3.4: OK | | Gran Britalia<br>Sisben: 4<br>Visto: 16<br>Triunfadoras<br>Sisben: 2<br>Visto: 3 |
| | | 4. Realizacion procesos de caracterización, de las _____ ingresos nuevos de las Unidades delegdas en el territo. | 4.1 Link_ diligenciado por _____ Nuevos participantes<br>4.2 Registro de _____ Nuevos participantes, en el formato (f23.mo12.pp_formato_ficha_de_caracterizacion_para_los_servicios_de_atencion_a_la_primera_infancia_v2),<br>4.3 Informe de caracterización, Formato Word, 18 de Mayo | 10% | 05-06-23 | 4.1: OK<br>4.2: OK<br>4.3: OK | | |
| | | 5. Procesos de Formación y cualificación al Talento Humano Seleccionar el tema priorizado _ De acuerdo a los resultados de la Caracterización. | 5.2 Registro Fotográfico<br>5.3 Planeación de la Jornada<br>5.4. Acta, y Firmas | 10% | 25-06-23 | 5.2. OK<br>5.3: OK | | |
| | | 6. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias, mayo (Escala cualitativa seguimiento al desarrollo) | 6.1 Planeación cargada al drive<br>6.2 Realización de los 9 talleres, de las UAS delegadas<br>6.3 Acta de proceso con listados de asistencias en físico y digital,<br>6.4. Registro fotografico. | 25% | 05-06-23 | 6.1: OK<br>6.2: OK<br>6.3: OK<br>6.4: OK | | |
| | | 7.Control Social y Proceso de buzon de sugerencias y control social, (proceso en compañia del comite de control Social). | 7.1. Acta de apertura e informe de lo arrojado con analisis cualitativo y cuantitativo,escribiendo algunas frases textuales.<br>7.2 Evidencias fotograficas.<br>7.3 Reunión Control Social, Acta reunión, Plan de trabajo formato ICBF | 5% | 05-06-23 | 7.1: OK<br>7.2: OK<br>7.3: OK | | |
| | | 8.Seguimiento a poblacion migrante y desplazados. | 8.1 Base excel poblacion migrante y desplazados, Formatos APC | 5% | 05-06-23 | 8.1: OK | | |
| | | 9.Activacion de rutas según sea el caso | 9.1 Formatos de seguimientos,remisiones.<br>9.2 Matriz de seguimiento a casos., Priorizados y remitidos (Formato APC)_____ Casos | 10% | 05-06-23 | 9.1: OK<br>9.2: OK | | |
| | | 10. Aportar a las cartillas de encuentro en el hogar, familiograma de cada familia participante | 10.1 Cartilla encuentro en el hogar Familiograma de los participantes que ingresaron en el mes___<br>10,2 Seguimiento de los casos priorizados, en el apartado corespondiente | 5% | 05-06-23 | 10.1: OK<br>10.2: OK | | |
| | | 11.. Informe de gestión mensual en el formato f8 contractual y general de acciones | 13. Formato de Informe – Enviado por Coordinación Drive | 5% | 05-06-23 | 13 OK | | |
| | | | TOTAL | 100% | | | | |

| | |
|---|---|
| FIRMA CONTRATISTA | Yuri Alexandra Garcia |
| NOMBRE: | YURI ALEXANDRA GARCIA AVILA |
| C.C. | 1.032.378.513 |

| | |
|---|---|
| FIRMA COORDINADORA | |
| NOMBRE: | NORMA GUZMAN PAYARO |
| 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 |
| 2023-04 | 2023-04 | 30367295 | 9449726880 | 1 | 2023/05/04 | 2023/05/05 | BANCO DE OCCIDENTE | 1 | $356,200 |

**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) | | | | | $1,224,960 | $196,000 | | | $1,224,960 | $153,200 | | | $0 | $0 | | | $1,224,960 | $6,400 | | $0 | $0 |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados) | | | | | $1,224,960 | $196,000 | | | $1,224,960 | $153,200 | | | $0 | $0 | | | $1,224,960 | $6,400 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | $1,224,960 | $196,000 | | | $1,224,960 | $153,200 | | | $0 | $0 | | | $1,224,960 | $6,400 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 1032378513 | GARCIA YURI | 25-14 | 30 $1,224,960 | $196,000 | EPS017 | 30 | $1,224,960 | $153,200 | | 0 | $0 | $0 | 14-11 | 30 | $1,224,960 | $6,400 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | | | **Afiliados( 1)** | | $1,224,960 | $196,000 | | | $1,224,960 | $153,200 | | | $0 | $0 | | | $1,224,960 | $6,400 | | $0 | $0 |

Clínica

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 # 65B 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 |
| 2023-04 | 2023-04 | 30367295 | 9449726880 | I | 2023/05/04 | 2023/05/05 | BANCO DE OCCIDENTE | 1 | $356,200 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS F. INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $196,000 | $300 | $0 | $196,300 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $196,000 | $300 | $0 | $196,300 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $6,400 | $100 | $0 | $6,500 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $6,400 | $100 | $0 | $6,500 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $153,200 | $200 | $0 | $153,400 |
| FAMISANAR | EPS017 | 830,003,564 | 7 | 1 | $153,200 | $200 | $0 | $153,400 |
| TOTAL | | | | 1 | $355,600 | $600 | $0 | $356,200 |

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

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 9367542116 DV: 479774

Cajero: RUMIBEDRZ

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

Fecha: 04/05/2023 17:30:37

PS Recaudador:
991828 BRITALIA CAI

Cantidad cupones: 1

| | |
|---|---|
| Nombre: | NAAA |
| Apellido 1: | NAAA |
| NUM PLANILLA: | 9449726880 |
| TIPO DE IDENTIFICACION: | CEDULA DE CIUDADANIA |
| NUMERO IDENTIFICACION: | 1032378513 |
| PERIODO: | 202304 |
| Referencia | Valor |
| 9449726880 | $356.200,00 |
| Valor recibido: | $356.200,00 |
| 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) 6463131
servicioalcliente@dimonex.co
www.dimonex.co

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

**CUENTA DE COBRO No. 5**

**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 de Atención Mayo

**CONCEPTO: PSICOSOCIAL DIMF KENNEDY UNIDAD GRAN BRITALIA CON 150 CUPOS, DENTRO DEL 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:

Yolima Guzmán fajardo
Coordinador
C.C.40.441.431

Aprobado por:

Ana Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: Yanileth Roció Roa Wilches
C.C. 1.023.949.135
DR. Carrera 18 B # 70 B – 28 Sur
Correo: yrocio1023@gmail.com
TEL:3014638430

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 | ROCIO ROA WILCHES |
| CARGO | PSICOSOCIAL |
| PERIODO y FECHA | MAYO |

| FASE | PAGO No | PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES | FUENTES DE VERIFICACIÓN | PORCENTAJE | FECHA DE REVISION | CUMPLE | NO CUMPLE | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ATENCION MAYO | 4 | 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, de los 150 familias delegadas, Registrar en digital la lista de chequeo con las 7 atenciones por (Registro civil,eps,vacunas,crecimiento y desarrollo,control prenatal,vacunas,sisben)debe facilitar el filtrar.<br>1.2 Acta de proceso o Formato de novedades | 10% | | 1.1 ok<br>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 2 gestiones, por profesional psicosocial) | 2.1. Cartas de gestion con radicado<br>2.2. Matriz de Gestión interistitucional, historica incluir mayo | 5% | | 2.1 ok<br>2.2 ok | | |
| | | 3. Validación criterios de focalizacion junto con el documento de identidad, de los nuevos ingresos de los meses marzo y abril, que son_____ | 3.1 Formato Visita Criterios de Focalización_____ para los casos de ingreso nuevos que aplique<br>3.2. Subir al drive creado por grupo territorial los criterios de focalización de los participantes nuevos_____, a los cuales no aplica visita.<br>Se carga la totalidad de Criterios de Focalización de _____ Participantes coresponditentes a los tres grupos de atención delegados.<br><br>3.3 Cronograma de Visitas - Firma de las familias Visitadas (Formato APC).<br>3.4 Organizacion base de criterios enviada por los centros zonales(suba-kennedy)16 de mayo,nuevos ingresos a la fecha. | 10% | | 3.1 ok<br>3.2 Sisbon 3<br>Visita 15<br>3.3 ok<br>3.4 ok | | |
| | | 4. Realizacion procesos de caracterización, de las _____ ingresos nuevos de las Unidades delegdas en el territo. | 4.1 Link_ diligenciado por_____ Nuevos participantes<br>4.2 Registro de _____ Nuevos participantes, en el formato (f23.mo12.pp_formato_ficha_de_caracterizacion_para_los_servicios_de_atencion_a_la_primera_infancia_v2).<br>4.3 Informe de caracterización, Formato Word, 16 de Mayo | 10% | | 4.1 ok<br>4.2 ok<br>4.3 ok | | |
| | | 5. Procesos de Formación y cualificación al Talento Humano<br>Seleccionar el tema priorizado _ De acuerdo a los resultados de la Caracterización. | 5.2 Registro Fotográfico<br>5.3 Planeación de la Jornada<br>5.4. Acta, y Firmas<br>5.1 Planeación cargada al drive | 10% | | 5.2 ok 5 ok<br>5.3 ok | | |
| | | 6. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias, mayo (Escala cualitativa seguimiento al desarrollo) | 6.2 Realización de los 9 talleres, de las UAS delegadas<br>6.3 Acta de proceso con listados de asistencias en físico y digital.<br>6.4. Registro fotografico | 25% | | 6.1 ok<br>6.2 ok<br>6.3 ok<br>6.4 ok | | |
| | | 7.Control Social y Proceso de buzon de sugerencias y control social, (proceso en compañia del comite de control Social). | 7.1. Acta de apertura e informe de lo arrojado con analisis cualitativo y cuantitativo,escribiendo algunas frases textuales.<br>7.2 Evidencias fotograficas.<br>7,3 Reunión Control Social, Acta reunión, Plan de trabajajo formato ICBF | 5% | | 7.1 ok<br>7.2 ok<br>7.3 ok | | |
| | | 8.Seguimiento a poblacion migrante y desplazados. | 8.1 Base excel poblacion migrante y desplazados, Formatos APC | 5% | | 8.1 ok | | |
| | | 9.Activacion de rutas según sea el caso | 9.1 Formatos de seguimientos,remisiones.<br>9.2 Matriz de seguimiento a casos., Priorizados y remitidos (Formato APC)_____ Casos | 10% | | 9.1 ok<br>9.2 ok | | |
| | | 10. Aportar a las catillas de encuentro en el hogar, familiograma de cada familia participante | 10.1 Cartilla encuentro en el hogar Familiograma de los participantes que ingresaron en el mes___<br>10,2 Seguimiento de los casos priorizados, en el apartado corespondiente | 5% | | 10.1 ok<br>10.2 ok | | |
| | | 11,. Informe de gestión mensual en el formato f8 contractual y general de acciones | 13. Formato de Informe – Enviado por Coordinación Drive | 5% | | 13 ok | | |
| | | | | TOTAL 100% | | | | |

| | |
|---|---|
| FIRMA CONTRATISTA | Rocio Roa. |
| NOMBRE: | Yanileth Rocio Roa Wilches |
| C.C. | 1.023.949.135. |

| | |
|---|---|
| FIRMA COORDINADORA | |
| NOMBRE: | Yolima Garzon |
| C.C. | 40.443431 |

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 26 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 | |
| 2023-05 | 2023-05 | I | 24/05/2023 | 67098836 | $336.700 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Extranjero | Código | Colombiano en el exterior | Dominicile en el exterior | VSP | IGE | TDE | TAE | TDP | TAP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CONMUTACIÓN | 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 | 1023949135 | ROA WILCHES YANILETH ROCIO | 99 | 0 | | N | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 1.160.000 | 185.600 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS002 | 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

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1023948135 | YANILETH ROCIO ROA WILCHES | | KR 186 70 28 SUR | 3014636430 | 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 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | 1 | 0 |
| 2023-05 | 2023-05 | I | 24/05/2023 | 67996636 | 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 | | | | | |
| 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

Banco de Bogotá

Comprobante de compra y pagos virtuales PSE

# Pago exitoso

Número de autorización 706202

martes, 23 de mayo de 2023, 7:27:06 PM

## Detalle

**$336,700.00**

Valor Pagado

| | |
|---|---|
| IVA incluído: | $0.00 |
| Pago a: | COMPENSAR-OI |
| Débito desde: | Cuenta de ahorros ******6682 |
| Descripción: | MiPlanilla.com Pago Proteccion Social |
| Fecha y hora inicio transacción | 2023-05-23 7:25:50 |
| NIT del comercio | 9998600669427 |
| Número de factura | 67998836 |
| Código Único de Seguimiento | 2096095810 |
| Dirección IP: | 170.78.40.171 |
| Referencia 1: | 170.78.40.171 |
| Referencia 2: | CC |
| Referencia 3: | 1023949135 |

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

## CUENTA DE COBRO No. 1

**ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA**
**NIT 830.107.986-1**

**DEBE A: MARIA CAMILA ACEVEDO DURÁN**

**CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS**
**No. DIMFKENNEDY-CON045**

**NOMBRE: MARIA CAMILA ACEVEDO DURÁN**
**CEDULA: 1.095.928.344**
**CUENTA BANCARIA: 157597576 BANCO: BOGOTA AHORRO _X_ CORRIENTE ___**
**LA SUMA DE: ($2.296.800) DOS MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL, OCHOCIENTOS PESOS MCTE**
**PERIODO: FASE ATENCIÓN MAYO 2023**

**CONCEPTO: NUTRICIONISTA DIMF KENNEDY GRAN BRITALIA CON 150 CUPOS 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:
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: ($2.296.800) DOS MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL, OCHOCIENTOS PESOS MCTE.**
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: María Camila Acevedo Duran
C.C. 1.095.928.344
DR. Calle 72ª #60-30
Tel.3166270259
Correo.camilacevedo17@hotmail.com
NOTA: Se debe anexar planilla de pago de los Aportes a Salud, Pensión y ARL, del mes vencido y productos del mes según certificación de cumplimiento.

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

| | |
|---|---|
| PROGRAMA | DIMF GESTANDO FUTURO GRAN BRITALIA Y TRIUNFADORAS |
| NOMBRE | MARIA CAMILA ACEVEDO DURAN |
| CARGO | NUTRICIONISTA |
| PERIODO Y FECHA | MAYO |

| FASE | PAGO No | PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES | FUENTES DE VERIFICACIÓN | PORCENTAJE | FECHA DE REVISION | SINDY PAOLA | CUMPLE | NO CUMPLE | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ATENCIÓN | 2 | 1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias como se establece en Cronograma de Capacitación, deacuerdo a la propuesta de cada Nutricionista por territorio. (Realización piezas comunicativas para la divulgación de los temas de salud y nutrición. los cuales podrán ser utilizados por los agentes educativos o compartidos por canales de comunicación digital. )<br><br>1.1. Estrategia IEC: Promoción de la alimentación saludable<br>1.2. Promocion de la lactancia materna: Metodos de extracción y conservación<br>1.3. El tema establecido en su informe diagnostico de acuerdo a las necesidades de la UA. | 1.1 Planeación cargada al drive<br>1.2 Acta Proceso de formación y Promocion de la lactancia materna.con listados de asistencias, fotografia en fisico y digital.<br>1.3 Acta de proceso de formación_ Estrategia IEC (divulgación, desarrollo de tema por parte de agentes educativos) con listados de asistencias, fotografia en físico y digital. | 20% | 05-06-23 | 1.1 OK<br>1.2 OK<br>1.3 OK | | | |
| | | 2. Cualificación al Talento Humano, según Cronograma de estrategia IEC (Información Educación y Comunicación en SAN)<br>Temas de Marzo:<br>2.1. Estrategia IEC: Promoción de la alimentación saludable<br>2.2. Promocion de la lactancia materna: Metodos de extracción y conservación | 2.1 Planeación cargada al drive<br>2.2 Acta de proceso con listados de asistencias en fisico y digital.<br>2.3 Registro Fotografico | 10% | 05-06-23 | 2.1 OK<br>2.2 OK<br>2.3 OK | | | |
| | | 3. Tamizaje masivo al 100% de los participantes.<br>Nota: para los ingresos del mes, se realiza única toma que valdrá como toma de ingreso y tamizaje general. | 3.1. Concertación de fecha con coordinador de territorio para la realización del tamizaje masivo<br>3.2. Formato F11 y F16 según corresponda, este debe entregarse al finalizar la toma en PDF con firma del nutricionista que realiza la toma.<br>3.3. Formato borrador de tamizaje nutricional (formato APC) este se utiliza con el fin de recolectar todos los datos complementarios que se requiere diligenciar en cuéntame. | 30% | 05-06-23 | 3.1 OK<br>3.2 OK<br>3.3 OK | | | |
| | | 4. Cargar a la plataforma Cuéntame los datos correspondientes al 100% de los participantes activos. | 4.cargue al cuéntame del 100% de los datos antropométricos y variables de salud, con calidad y veracidad, al terminar la toma, es responsabilidad del nutricionista descargar el reporte, validad FALG, perimetros braquial menor a 11.5, casos de DNT aguda para activación inmediata de ruta de Desnutrición. | 10% | 05-06-23 | 4. OK | | | |
| | | 5. Seguimiento Nutricional a Casos (Casos Evento 113, Casos de Desnutrición reporte cuentame y Casos de Riesgo de desnutrición aguda reporte cuentame) | Casos Desnutrición N.____: ( descargados por aplicativo cuéntame y los que se han reportado en meses anteriores)<br>5.1. Correo electrónico EAPB<br>5.2. PQR a la EAPB<br>5.3. Remisión a la familia (Formato APC)<br>5.4. Seguimiento Nutricional (Formato APC)<br>5.5 Seguimiento mensual en cuéntame (toma de antropometria mensual)<br><br>Casos Riesgos de Desnutrición Aguda N. ____ (priorización para encuentro en el hogar)<br>5.5. Matriz de seguimiento a casos<br>5.6. Seguimiento cartilla encuentros en el hogar<br><br>Evento 113 N.____: De acuerdo a las solicitudes del CZ los casos que desde la secretaria de salud sean identificados y notificados como desnutrición aguda, deberán contar con seguimiento y acercamiento a las familias para la validación de servicios recibidos por la EAPB, tales como:<br>5.7. Entrega de FTLC;<br>5.8. consulta de CYD; nutrición, pediatría, exámenes complementarios.<br>5.9. La información recibida debera registrarse en formato de acta APC anexando los soportes que la familia entregue.<br>5.10 Cargue mensual al cuéntame de datos antropométricos | 15% | 05-06-23 | 5.1 OK<br>5.2 OK<br>5.3 OK<br>5.4 OK<br>5.5 OK<br>5.6 OK<br>5.7 OK<br>5.8 OK<br>5.9 OK<br>5.90 K | | | |
| | | 6. Acompañar y apoyar la entrega de RFPP, Refrigerios y Bienestarina | 6.Formatos:<br>6.1. Formato de Verificación de calidad y cantidad | 5% | 05-06-23 | 6. OK<br>6.1 OK | | | |
| | | 7. Informe de gestión mensual en el formato fá contractual y general de acciones | 7. Formato de Informe – Enviado por Coordinación Drive | 10% | 05-06-23 | 7.0 OK | | | |
| | | | TOTAL | 100% | | | | | |

| | |
|---|---|
| FIRMA CONTRATISTA | Maria Camila Acevedo |
| NOMBRE: | MARIA CAMILA ACEVEDO DURAN |
| C.C. | 1.095.928.344 |

| | |
|---|---|
| FIRMA COORDINADORA | |
| NOMBRE: | YOLIMA GUZMAN |
| C.C. | 40.443.431 |

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI

Bancoomeva

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1095928344 |
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: | | | MARIA CAMILA ACEVEDO DURAN |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BUCARAMANGA | DEPARTAMENTO: | SANTANDER |
| DIRECCIÓN: | CLL 109 B NO 16 A 33 | TELÉFONO: | 6533079 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | 4498013822 | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES mayo AÑO | 2023 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES mayo AÑO | 2023 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2023/05/09 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 9994255455 |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | MORA COTIZACIÓN | MORA FSP | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230201 | 230201- PROTECCION | 1 | $ 160.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 160.900 | $ 0 | $ 160.900 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | $ 160.900 | $ 0 | $ 160.900 |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR | LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN | LICENCIA MATERNIDAD VALOR | SALDO A FAVOR PLANILLA | SALDO A FAVOR VALOR | LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN | LIQUIDACIÓN VALOR ADRES | MORA COTIZACIÓN | MORA VALOR ADRES | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES DESCUENTO | TOTALES VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 125.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 125.700 | $ 0 | $ 0 | $ 125.700 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | | | | $ 125.700 | $ 0 | $ 0 | $ 125.700 |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN | INCAPACIDAD IRP VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | SALDO A FAVOR PLANILLA | SALDO A FAVOR VALOR | LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES DESCUENTO | TOTALES VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 5.300 | $ 5.300 | $ 0 | $ 0 | $ 5.300 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | $ 5.300 | $ 0 | $ 0 | $ 5.300 |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA DE APORTES**

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

| N° | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | CC 1095928344 | ACEVEDO DURAN MARIA CAMILA | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE | | $ 1.160.000 | | | | NO | 05 | | | | | | | | | | | | | | | |

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

| N° | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 230201- PROTECCION | [illegible] | $ 1.006.334 | $ 160.900 | $ 0 | [illegible] | [illegible] | $ 0 | Normal | $ 160.900 |

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD / ARP

| N° | SALUD ADMIN | SALUD DÍAS COT | SALUD IBC | SALUD COTIZACIÓN | SALUD VALOR ADRES | SALUD TOTAL APORTE | ARP ADMIN | ARP DÍAS COT | ARP IBC | ARP CENTRO DE TRABAJO | ARP TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | EPS002-SALUD TOTAL | [illegible] | $ 1.006.334 | $ 125.700 | $ 0 | $ 125.700 | 14-11 - ARL SURA | [illegible] | $ 1.006.334 | 100592834 | $ 5.300 |

PARAFISCALES

| N° | DÍAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| TOTAL | $ 291.900 |
|---|---|

Planilla Pagada

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

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 9369211817 DU: 846172

Cajero: CAJANEGA

Cliente beneficiario:
111263 PILA RECAUDO

Fecha: 09/05/2023 11:19:39

PS Recaudador:
903617 SAN FERNANDO CLL 76

Cantidad cupones: 1

Identificacion: 1095928344

Nombre: MARIA CAMILA
Apellido 1: ACEVEDO
Apellido 2: SOF
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO: 3156270259
Codigo Planilla: 4498013822
Periodo Pago: 202305
Valor Comision: 0
Valor Iva Comision: 0

| Referencia | Valor |
|---|---|
| 1095928344 | $291.900,00 |

Valor recibido: $291.900,00
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

serviciosalcliente@efecty.com.co
www.efecty.com.co

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.095.928.344

ACEVEDO DURAN

APELLIDOS

MARIA CAMILA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 17-MAR-1992

BUCARAMANGA
(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 O+ F

ESTATURA G.S. RH SEXO

05-ABR-2010 GIRON

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2709100-00764696-F-1095928344-20151119 0047477132A 1 6863664554

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: 2023.05.15 16:26:07 -05:00

Codigo de Seguridad: DVsvPRMMnVQHntS8Z0R3w==

**COMPAÑIA 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 05-04-2021-1317-P-05-PPRU5280000005-0001

| No. PÓLIZA | No. ANEXO | No. CERTIFICADO | No. RIESGO |
|---|---|---|---|
| CDQ-100000394 | 0 | 532000656 | |

| TIPO DE DOCUMENTO | FECHA DE EXPEDICIÓN | SUC. EXPEDIDORA |
|---|---|---|
| - | 15/05/2023 | CEN ORINOQUIA |

| VIGENCIA DESDE | | VIGENCIA HASTA | | DÍAS | VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE | | VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 00:00 Horas Del | 05/05/2023 | 24:00 Horas Del | 31/12/2023 | | N/A | N/A | N/A | N/A |

| | | | |
|---|---|---|---|
| TOMADOR | ACEVEDO DURAN, MARIA CAMILA | No. DOC. IDENTIDAD | 1.095.928.344 |
| DIRECCIÓN | CALLE 95 N 68F 24 | TELÉFONO | 3108774707 |
| ASEGURADO | ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA | No. DOC. IDENTIDAD | 830.107.985-1 |
| DIRECCION | CLL 95 # 68 F 24 | TELÉFONO | 3102502165 |
| BENEFICIARIO | ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA | No. DOC. IDENTIDAD | 830.107.985-1 |
| DIRECCION | 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-CON045 , CUYO OBJETO ES

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

| NOMBRE DEL AMPARO | VIGENCIA DESDE | VIGENCIA HASTA | SUMA ASEGURADAS | VALOR PRIMAS |
|---|---|---|---|---|
| CUMPLIMIENTO | 00:00 Horas Del 05/05/2023 | 24:00 Horas Del 31/12/2023 | 2.710.224,00 | 10.000,00 |
| CALIDAD DEL SERVICIO | 00:00 Horas Del 05/05/2023 | 24:00 Horas Del 31/12/2023 | 2.710.224,00 | 10.000,00 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | TOTAL ASEGURADO | $ 5.420.448,00 | |

| 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 |

**DISTRIBUCION COASEGURO**

| COMPAÑIA | TIPO COASEGURO | PÓLIZA LIDER | CERTIF. LIDER | % PARTICIPACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |

**CONVENIO DE PAGO:** DIRECTO EFECTIVO, Fecha de Pago: 15/05/2023

**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).

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

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

Firma Autorizada - Compañía Mundial Seguro S.A.

TOMADOR

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

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



VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

AFILIADOS A LA CAMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA Y PASA - APP

Banco de Bogotá

EL BANCO DE BOGOTA

INFORMA:

Que la persona MARIA CAMILA ACEVEDO DURAN identificado(a) con CC 1095928344 está vinculado(a) al BANCO DE BOGOTA a través de la CTA AHORROS No. 157597576 desde el 04 de julio 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 03 de mayo 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

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto: 02 Actualización

4. Número de formulario: 14912089302

(415)7707212489984(8020) 000014912089302

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 1095928344 | 6. DV: 9 | 12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá | 14. Buzón electrónico

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 13 | 1095928344 | 2010/04/05 |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 169 | Santander 68 | Girón 307 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| ACEVEDO | DURAN | MARIA | CAMILA |

35. Razón social

36. Nombre comercial | 37. Sigla

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 169 | Bogotá D.C. 11 | Bogotá, D.C. 001 |

41. Dirección principal: CL 72 A 60 30 BRR SAN FERNANDO

42. Correo electrónico: camilacevedo17@hotmail.com

43. Código postal | 44. Teléfono 1: 3166270259 | 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 |
| 8699 | 2018/04/03 | | | | | 2229 | |

### 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: 49

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 - 05 - 26 / 12 : 30: 10

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

Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: ACEVEDO DURAN MARIA CAMILA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

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

**CUENTA DE COBRO No. 3**

**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: BOGOTÁ AHORRO _X_ CORRIENTE ___**
**LA SUMA DE: ($3.062.400)** TRES MILLONES SESENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS PESOS M/Cte.
**PERIODO: FASE DE ATENCIÓN MAYO**

**CONCEPTO: NUTRICIONISTA DIMF KENNEDY UNIDAD GRAN BRITALIA CON 200 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 vinculo 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 _____

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

Autorizo me sea descontada la suma de:
**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,
Paola Plata
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 # 1100/932/2023**

| | |
|---|---|
| PROGRAMA | DIMF GESTANDO FUTURO GRAN BRITAUA Y TRIUNFADORAS |
| NOMBRE | SINDY PAOLA PLATA NIETO |
| CARGO | NUTRICIONISTA |
| PERIODO Y FECHA | MAYO |

| FASE | PAGO No | PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES | FUENTES DE VERIFICACIÓN | PORCENTAJE | FECHA DE REVISION | SINDY PAOLA | CUMPLE | NO CUMPLE | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ATENCIÓN | 2 | 1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias como se establece en Cronograma de Capacitación, descuerdo a la propuesta de cada Nutricionista por territorio. (Realización piezas comunicativas para la divulgación de los temas de salud y nutrición. los cuales podrán ser utilizados por los agentes educativos o compartidos por canales de comunicación digital. )<br><br>1.1. Estrategia IEC: Promoción de la alimentación saludable<br>1.2. Promocion de la lactancia materna: Metodos de extracción y conservación<br>1.3. El tema establecido en su informe diagnostico de acuerdo a las necesidades de la UA. | 1.1 Planeación cargada al drive<br>1.2 Acta Proceso de formación y Promocion de la lactancia materna.con listados de asistencias, fotografia en físico y digital.<br>1.3 Acta de proceso de formación_ Estrategia IEC (divulgación, desarrollo de tema por parte de agentes educativos) con listados de asistencias, fotografia en físico y digital. | 20% | 05-06-23 | 11:OK<br>12:OK<br>13:OK | | | |
| | | 2. Cualificación al Talento Humano, según Cronograma de estrategia IEC (Información Educación y Comunicación en SAN)<br>Temas de Marzo:<br>2.1. Estrategia IEC: Promoción de la alimentación saludable<br>2.2. Promocion de la lactancia materna: Metodos de extracción y conservación | 2.1 Planeación cargada al drive<br>2.2 Acta de proceso con listados de asistencias en físico y digital.<br>2.3 Registro Fotografico | 10% | 05-06-23 | 21:OK<br>22:OK<br>23:OK | | | |
| | | 3. Tamizaje masivo al 100% de los participantes.<br>Nota: para los ingresos del mes, se realiza única toma que valdrá como toma de ingreso y tamizaje general. | 3.1. Concertación de fecha con coordinador de territorio para la realización del tamizaje masivo<br>3.2. Formato F11 y F15 según corresponda, este debe entregarse al finalizar la toma en PDF con firma del nutricionista que realiza la toma.<br>3.3. Formato borrador de tamizaje nutricional (formato APC) este se utiliza con el fin de recolectar todos los datos complementarios que se requiere diligenciar en cuéntame. | 30% | 05-06-23 | 31:OK<br>32:OK<br>33:OK | | | |
| | | 4. Cargar a la plataforma Cuéntame los datos correspondientes al 100% de los participantes activos. | 4.cargue al cuéntame del 100% de los datos antropométricos y variables de salud, con calidad y veracidad, al terminar la toma, es responsabilidad del nutricionista descargar el reporte, validad PALG, perimetros braquial menor a 11.5, casos de DNT aguda para activación inmediata de ruta de Desnutrición. | 10% | 05-06-23 | 4:OK | | | |
| | | 5. Seguimiento Nutricional a Casos (Casos Evento 113, Casos de Desnutrición reporte cuentame y Casos de Riesgo de desnutrición aguda reporte cuentame) | Casos Desnutrición N.____: ( descargados por aplicativo cuéntame y los que se han reportado en meses anteriores]<br>5.1. Correo electrónico EAPB<br>5.2. PQR a la EAPB<br>5.3. Remisión a la familia (Formato APC)<br>5.4. Seguimiento Nutricional (Formato APC)<br>5.5 Seguimiento mensual en cuéntame (toma de antropometria mensual)<br><br>Casos Riesgos de Desnutrición Aguda N. ____ (priorización para encuentro en el hogar]<br>5.5. Matriz de seguimiento a casos<br>5.6. Seguimiento cartilla encuentros en el hogar<br><br>Evento 113 N____: De acuerdo a las solicitudes del CZ los casos que desde la secretaria de salud sean identificados y notificados como desnutrición aguda, deberán contar con seguimiento y acercamiento a las familias para la validación de servicios recibidos por la EAPB, tales como:<br>6.7. Entrega de FTLC;<br>6.8. consulta de CYD; nutrición, pediatría, exámenes complementarios.<br>6.9. La información recibida deberá registrarse en formato de este APC anexando los soportes que la familia entregue.<br>5.10 Cargue mensual al cuéntame de datos antropométricos | 15% | 05-06-23 | 51:OK<br>52:OK<br>53:OK<br>54:OK<br>55:OK<br>56:OK<br>57:OK<br>58:OK<br>59:OK<br>60:OK | | | |
| | | 6. Acompañar y apoyar la entrega de RFPP, Refrigerios y Bienestarina | 6.Formatos:<br>6.1. Formato de Verificación de calidad y cantidad | 5% | 05-06-23 | 6:OK<br>6.1:OK | | | |
| | | 7. Informe de gestión mensual en el formato fti contractual y general de acciones | 7. Formato de Informe – Enviado por Coordinación Drive | 10% | 05-06-23 | 7:OK | | | |
| | | | TOTAL | 100% | | | | | |

| | |
|---|---|
| FIRMA CONTRATISTA | Sindy Paola Plata |
| NOMBRE: | SINDY PAOLA PLATA NIETO |
| C.C. | 52.782.893 |

| | |
|---|---|
| FIRMA COORDINADORA | |
| NOMBRE: | YOLIMA GUZMAN |
| C.C. | 40.443.431 |

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 52762693 | | PLATA NIETO SINDY PAOLA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CARRERA 81C 55 75 SUR | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 7229526 | SI |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | | |
| Pension | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor | |
| 2023-05 | 2023-05 | 2054718700 | 94504399?0 | 1 | 2023/06/23 | 2023/05/02 | BANCOLOMBIA | 0 | $136,700 | |

**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 | |
| 1 | CC 52762693 | PLATA SINDY | 25-14 | 30 | $1,160,000 | $185,600 | EPS002 | 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 | |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDO 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 |
| SALUD TOTAL | EPS002 | 800,130,907 | 1 | 1 | $145,000 | $0 | $0 | $145,000 |
| TOTAL | | | | 1 | $336,700 | $0 | $0 | $336,700 |

PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

2023/05/23 12:54 PM

## Confirmación Transacción PSE - CUS 2054718700

serviciopse@achcolombia.com.co
Lun 1/05/2023 3:25 PM
Para: sp795@hotmail.com <sp795@hotmail.com>




# ¡Hola, SINDY PAOLA PLATA NIETO

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

Estado de la Transacción: Aprobada
CUS: 2054718700
Empresa: APORTES EN LINEA
Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9450439970
Valor de la Transacción: $ 336.700
Fecha de Transacción: 01/05/2023

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: Mayo Día: 30 Año: 2023

**CUENTA DE COBRO No. 4**

**ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA**
**NIT 830.107.986-1**

**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 Mayo**

**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 Rocío 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 #1100/532/2023**

| | |
|---|---|
| PROGRAMA | DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY |
| NOMBRE | Blanca Josthedy Herrera Ramos |
| CARGO | APOYO PEDAGOGICO |
| PERIODO y FECHA | MAYO |

| FASE | PAGO No | PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES | FUENTES DE VERIFICACIÓN | PORCENTAJE | APOYO PEDAGOGICO: FECHA DE REVISION | CUMPLE | NO CUMPLE | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ATENCION MAYO | 4 | 1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales<br>**Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación y subidos al drive correspondiente del Grupo de Atencion** | 1.1 Planeación Grupal, con las cuatro planeaciones de les áreas correspondientes (Formato ICBF) **-20 Mayo**<br>1.2 Cartilla digital:<br>i. Parte uno: conociéndonos al 100% diligenciada, **20 mayo**<br>ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, **20 mayo**<br>iii Diligenciamiento de la parte dos: Priorización de Practicas, **-20 mayo**<br>iv. **Diligenciamiento de la movilizacion social: Mayo Gestar con Amor.** | 10% | 05-06-23 | 1.1:OK<br>1.2:OK | | |
| | | 2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF)<br>**Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación, tener en cuenta lo planeado en los microproyectos** | 2.1 Planeacion Encuentro en el hogar (1 por cada participante - cargada en en el cuaderno digital en el drive correspondiente - de acuerdo al grupo etareo)- **20 mayo**<br>2.2 Cronograma de visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 60 y/o ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente.**20 mayo**<br>**2.3 Cartilla digital Parte uno:**<br>i. Conociéndonos al 100% diligenciado,20 mayo<br>ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, **20 mayo**<br>iii. Diligenciamiento de la parte dos: Priorización de Practicas, **20 mayo**<br>**iv. Seguimiento al desarrollo, escala de valoración** | 10% | 06-06-23 | 2.1:OK<br>2.2:OK<br>2.3:OK | | |
| | | 3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en fisico como en drive (50) | Archivalización de los nuevos participantes **16 de mayo**<br>3.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante<br>3.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA<br>3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA ,,<br>3.4 Archivo Fisico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas ( carpetas)<br>**3.5 formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF** | 20% | 05-06-23 | 3.1:OK<br>3.2:OK<br>3.3:OK<br>3.4:OK<br>3.5:OK | | |
| | | 4. Entrega de las escalas | **4.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que ingresaron en el mes febrero__ (documento en fisico en las carpetas y escaneado en la carilla digital del participante)** | 15% | 05-06-23 | 4.1:OK | | 29 escalas |
| | | 5. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento | **5.1 Apoyar en el seguimiento de novedades de inasistencia, casos de estados de salud, puerperios, hechos de violencias y demás que se presenten en los encuentros por grupo de atencion** | 15% | 05-06-23 | 5.1:OK | | |
| | | 6. Formato de ficha de caracterización de practicas y acciones f7 | **6.1 3 Apoyar en los Archivos de excel de practicas (1 x UA) participantes nuevos** | 15% | 05-06-23 | 6.1:OK | | |
| | | 7. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faliciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS | 7.1 Ambietación de espacios fisicos de la UDS que se sean asignados. 25 mayo<br>7.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica.<br>7.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación.- **20 mayo** | 15% | 05-06-23 | 7.1:OK<br>7.2:OK | | |
| | | | TOTAL | 100% | | | | |

| | |
|---|---|
| FIRMA CONTRATISTA | Josthedy Herrera |
| NOMBRE: | Josthedy Herrera R |
| C.C. | 1023907866 |

| | |
|---|---|
| FIRMA COORDINADORA | |
| NOMBRE: | Yolanda Guzmán |
| C.C. | 1014143421 |

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 | 1023901886 | BLANCA JASBLEIDY HERRERA RAMOS | | cra 11 b este n 54 a 29 sur | 3857891 | jasbleidyse@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 | |
| 2023-05 | 2023-05 | 1 | 09/05/2023 | 67711920 | $396.700 | |

## 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 | 800224808-6 | 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 | | | | | | | | | | |
| 14-11 | ARL SURA | 830037560-5 | 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 | 1023901666 | BLANCA JASBLEIDY HERRERA RAMOS | | cra 11 b este n 64 a 29 sur | 3557891 | jasbleidye@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 | |
| 2023-05 | 2023-05 | I | 09/05/2023 | 67711920 | $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 | Cotizante alternado | Encontrado | IRP | IGE | TDE | TAE | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | Estudiante | 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 | 1023901666 | HERRERA RAMOS BLANCA JASBLEIDY | 59 | 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

# Confirmación Transacción PSE - CUS 2071341246

---

**De:** serviciopse@achcolombia.com.co
serviciopse@achcolombia.com.co
**Para:** jasbleidye@hotmail.com
jasbleidye@hotmail.com
**Enviado:** martes, 9 de mayo 5:06 p. m.




**¡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: Fallida
CUS: 2071341246
Empresa: COMPENSAR-OI
Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Valor de la Transacción: $ 336.700
Fecha de Transacción: 09/05/2023

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

**CUENTA DE COBRO No. 4**

**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 Mayo**

**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 CC:

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

Autorizo me sea descontada la suma de:

**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 Buitrago.
NOMBRE: Claudia Patricia Raquel Buitrago Caro
C.C. 53.093.373
CORREO:Patty.pb45@gmail.com
DR. Calle 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 #1100/532/2023**

| | |
|---|---|
| PROGRAMA | DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY |
| NOMBRE | Claudia Patricia Beltrago Caro |
| CARGO | APOYO PEDAGOGICO |
| PERIODO y FECHA | MAYO |

| FASE | PAGO No | PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES | FUENTES DE VERIFICACIÓN | PORCENTAJE | APOYO PEDAGOGIO: FECHA DE REVISION | CUMPLE | NO CUMPLE | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ATENCION MAYO | 4 | 1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales<br><br>**Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación y subidos al drive correspondiente del Grupo de Atencion** | 1.1 Planeación Grupal, con las cuatro planeaciones de las áreas correspondientes (Formato ICBF) -**20 Mayo**<br>1.2 Cartilla digital:<br>i. Parte uno: conociendonos al 100% diligenciada, **20 mayo**<br>ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, **20 mayo**<br>iii Diligenciamiento de la parte dos: Priorización de Practicas. -**20 mayo**<br>**iv. Diligenciamiento de la movilizacion social: Mayo Gestar con Amor.** | 10% | 05-06-23 | 1.1 OK<br>1.2 OK | | |
| | | 2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF)<br><br>**Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación, tener en cuenta lo planeado en los microproyectos** | 2.1. Planeacion Encuentro **en el** hogar (1 por cada participante - cargada en en el cuaderno digital en el drive correspondiente - de acuerdo al grupo etareo)- **20 mayo**<br>2.2 Cronograma de visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/o ____ encuentros en el hogar de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente.**20 mayo**<br>**2.3 Cartilla digital Parte uno:**<br>i. Conociendonos al 100% diligenciada.**20 mayo**<br>ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, **20 mayo**<br>iii. Diligenciamiento de la parte dos: Priorización de Practicas, **20 mayo**<br>**iv. Seguimiento al desarrollo, escala de valoración** | 10% | 05-06-23 | 2.1 OK<br>2.2 OK<br>2.3 OK | | |
| | | 3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en fisico como en drive (50) | Actualización de los nuevos participantes **16 de mayo**<br>3.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante<br>3.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizados por grupo etario por cada GA y sus UA<br>3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA _<br>3.4 Archivo Fisico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas ( carpetas)<br>**3.5 formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF** | 20% | 05-06-23 | 3.1 OK<br>3.2 OK<br>3.3 OK<br>3.4 OK<br>3.5 OK | | |
| | | 4. Entrega de las escalas | **4.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que ingresaron en el mes febrero__ (documento en fisico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante)** | 15% | 05-06-23 | 4.1: N/A | | No aplica Cambios |
| | | 5. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento | **5.1 Apoyar en el seguimiento de novedades de inasistencia, casos de estados de salud, puerperios, hechos de violencias y demás que se presenten en los encuentros por grupo de atencion** | 15% | 05-06-23 | 5.1 OK | | |
| | | 6. Formato de ficha de caracteriación de practicas y acciones f7 | **6.1 3 Apoyar en los Archivos de excel de practicas (1 x UA) participantes nuevos** | 15% | 05-06-23 | 6.1 OK | | |
| | | 7. Generar espacios y ambientes enriquecidos que falciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS | 7.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS que se sean asignados. 25 mayo<br>7.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica.<br>7.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación.-20 mayo | 15% | 05-06-23 | 7.1 OK<br>7.2 OK<br>7.3 OK | | |
| | | TOTAL | | 100% | | | | |

| | |
|---|---|
| FIRMA CONTRATISTA | Claudia Patricia Beltrago |
| NOMBRE: | Claudia Patricia Beltrago |
| C.C. | 53.093.373 |

| | |
|---|---|
| FIRMA COORDINADORA | |
| NOMBRE: | Yolima Guzman |
| C.C. | 40443 43 |

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 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 |
| 2023-04 | 2023-04 | 03530867 | 9450305889 | I | 2023/05/17 | 2023/05/23 | BANCO DE OCCIDENTE | 6 | $339,300 |

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 | 53093373 | BUITRAGO CLAUDIA | | Z18001 | 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 |



2023/05/23 09:49 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 53093373 | | SUITRAGO 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 |
| 2023-04 | 2023-04 | 03530867 | 9450305889 | 1 | 2023/05/17 | 2023/05/23 | BANCO DE OCCIDENTE | 6 | $339,300 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $185,600 | $1,400 | $0 | $187,000 |
| COLFONDOS | 231001 | 800,227,940 | 6 | 1 | $185,600 | $1,400 | $0 | $187,000 |
| 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 | $1,100 | $0 | $146,100 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $145,000 | $1,100 | $0 | $146,100 |
| TOTAL | | | | 1 | $336,700 | $2,600 | $0 | $339,300 |



2023/05/23 09:49 AM

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

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 9373472467 DV: 135934

Cajero: MRAMIREZP

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

Fecha: 20/05/2023 10:03:54

PS Recaudador:
99296 JERUSALEN CRA 46 SUR

Cantidad cupones: 1

| | |
|---|---|
| Nombre: | claudia |
| Apellido 1: | patricia |
| NUM PLANILLA: | 9450305889 |
| TIPO DE IDENTIFICACION: | CEDULA DE CIUDADANIA |
| NUMERO IDENTIFICACION: | 53093373 |
| PERIODO: | 202304 |
| Referencia | Valor |
| 9450305889 | $339.300,00 |
| Valor recibido: | $339.300,00 |
| 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: BOGOTA D.C Mes: Mayo Día: 30 Año: 2023

**CUENTA DE COBRO No. 4**

**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 Mayo**

**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 Rocío 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 #1100/532/2023**

| | |
|---|---|
| PROGRAMA | DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY |
| NOMBRE | Lorena Ayala |
| CARGO | APOYO PEDAGOGICO |
| PERIODO y FECHA | MAYO |

| FASE | PAGO No | PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES | FUENTES DE VERIFICACIÓN | PORCENTAJE | APOYO PEDAGOGIO : FECHA DE REVISION | CUMPLE | NO CUMPLE | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ATENCION MAYO | 4 | 1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales<br><br>**Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación y subidos al drive correspondiente del Grupo de Atencion** | 1.1 Planeación Grupal, con las cuatro planesciones de las áreas correspondientes (Formato ICBF) **-20 Mayo**<br>1.2 Cartilla digital:<br>i. Parte uno: conocientemos al 100% diligenciada, **20 mayo**<br>ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, **20 mayo**<br>iii Diligenciamiento de la parte dos: Priorización de Practicas, **-20 mayo**<br>**iv. Diligenciamiento de la movilizacion social: Mayo Gestar con Amor.** | 10% | 05-06-23 | 11:OK<br>12:OK | | |
| | | 2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF)<br><br>**Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación, tener en cuenta lo planeado en los microproyectos** | 2.1. Planeacion Encuentro en el hogar (1 por cada participante - cargada en el cuaderno digital en el drive correspondiente - de acuerdo al grupo etareo)- **20 mayo**<br>2.2 Cronograma de visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/o _____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente,**20 mayo**<br>**2.3 Cartilla digital Parte uno:**<br>i. Conocientemos al 100% diligenciada,20 mayo<br>ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, **20 mayo**<br>iii. Diligenciamiento de la parte dos: Priorización de Practicas, **20 mayo**<br>**iv. Seguimiento al desarrollo, escala de valoración** | 10% | 05-06-23 | 21:OK<br>22:OK<br>23:OK | | |
| | | 3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en fisico como en drive (50) | Actualización de los nuevos participantes **16 de mayo**<br>3.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante<br>3.2 Acomodación de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por casa GA y sus UA<br>3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA _<br>3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas ( carpetas)<br>**3.5 formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF** | 20% | 05-06-23 | 31:OK<br>32:OK<br>33:OK<br>34:OK<br>35:OK | | |
| | | 4. Entrega de las escalas | **4.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que ingresaron en el mes febrero__ (documento en fisico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante)** | 15% | 05-06-23 | 41:OK | | 33 escalas |
| | | 5. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento | **5.1 Apoyar en el seguimiento de novedades de inasistencia, casos de estados de salud, puerperios, hechos de violencias y demás que se presenten en los encuentros por grupo de atencion** | 15% | 05-06-23 | 51:OK | | |
| | | 6. Formato de ficha de caracterización de practicas y acciones f7 | 6.1 3 Apoyar en los Archivos de excel de practicas (1 x UA) participantes nuevos | 15% | 05-06-23 | 61:OK | | |
| | | 7. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faciliten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS | 7.1 Ambietación de espacios fisicos de la UDS que se sean asignados. 25 mayo<br>7.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica.<br>7.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación.- **20** mayo | 15% | 05-06-23 | 71:OK<br>72:OK<br>73:OK | | |
| | | | **TOTAL** | 100% | | | | |

| | |
|---|---|
| **FIRMA CONTRATISTA** | Lorena Ayala |
| **NOMBRE:** | Lorena Ayala |
| **C.C.** | 1010227197 |

| | |
|---|---|
| **FIRMA COORDINADORA** | |
| **NOMBRE:** | Yolma Guzman |
| **C.C.** | 40443.431 |

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 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | 1 | 0 |
| 2023-04 | 2023-04 | 1 | 11/04/2023 | 66976118 | 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 Nata 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 | 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 | |
| 2023-04 | 2023-04 | I | 11/04/2023 | 69978118 | $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 | Nacionalidad | IGE | 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 | 1010222197 | AYALA URBANO JAIMMY LORENA | 57 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 1.150.000 | 185.600 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 1.150.000 | 145.000 | 14-41 | 1.150.000 | 1 | 6.100 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

# 2074812818

**serviciopse@achcolombia.co...** 11 de may
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 tu transacción:

Estado de la Transacción: Aprobada
CUS: 2074812818
Empresa: COMPENSAR-01
Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Valor de la Transaccion: $ 356.900
Fecha de Transaccion: 10/05/2023

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: Mayo** **Día:30** **Año: 2023**

**CUENTA DE COBRO No. 4**

**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 Mayo**

**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 #1100/532/2023**

| | |
|---|---|
| PROGRAMA | DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY |
| NOMBRE | Yesenia Bolivar |
| CARGO | APOYO PEDAGOGICO |
| PERIODO y FECHA | MAYO |

| FASE | PAGO No | PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES | FUENTES DE VERIFICACIÓN | PORCENTAJE | APOYO PEDAGOGICO: FECHA DE REVISION | CUMPLE | NO CUMPLE | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ATENCION MAYO | 4 | 1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales<br><br>**Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación y subidos al drive correspondiente del Grupo de Atencion** | 1.1 Planeación Grupal, con las cuatro planeaciones de las áreas correspondientes (Formato ICBF) **-20 Mayo**<br>1.2 Cartilla digital:<br>i. Parte uno: conociéndonos al 100% diligenciada, **20 mayo**<br>ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciado. **20 mayo**<br>iii Diligenciamiento de la parte dos: Priorización de Practicas. **-20 mayo**<br>**iv. Diligenciamiento de la movilizacion social: Mayo Gestar con Amor.** | 10% | 05-06-23 | 1.1:OK<br>1.2 OK | | |
| | | 2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF)<br><br>**Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación, tener en cuenta lo planeado en los microproyectos** | 2.1. Planeacion Encuentro en el hogar (1 por cada participante - navegada en el cuaderno digital en el drive correspondiente - de acuerdo al grupo etareo)- **20 mayo**<br>2.2 Cronograma de visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/o ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atención correspondiente. **20 mayo**<br>**2.3 Cartilla digital Parte uno:**<br>i. Conociéndonos al 100% diligenciada,**20 mayo**<br>ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, **20 mayo**<br>iii. Diligenciamiento de la parte dos: Priorización de Practicas, **20 mayo**<br>**iv. Seguimiento al desarrollo, escala de valoración** | 10% | 05-06-23 | 2.2 OK<br>2.3 OK | | |
| | | 3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en fisico como en drive (50) | Actualización de los nuevos participantes **16 de mayo**<br>3.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante<br>3.2 Agrupación de los casos respectivos con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA<br>3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA _<br>3.4 Archivo Fisico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas ( carpetas)<br>**3.5 formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF** | 20% | 05-06-23 | 3.1:OK<br>3.2:OK<br>3.3:OK<br>3.4:OK<br>3.5:OK | | |
| | | 4. Entrega de las escalas | **4.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que ingresaron en el mes febrero__ (documento en fisico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante)** | 15% | 05-06-23 | 4.1:OK | | 28 Escalas |
| | | 5. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento | **5.1 Apoyar en el seguimiento de novedades de inasistencia, casos de estados de salud, puerperios, hechos de violencias y demás que se presenten en los encuentros por grupo de atencion** | 15% | 05-06-23 | 5.1:OK | | |
| | | 6. Formato de ficha de caracterización de practicas y acciones f7 | **6.1 3 Apoyar en los Archivos de excel de practicas (1 x UA) participantes nuevos** | 15% | 05-06-23 | 6.1:OK | | |
| | | 7. Generar espacios y ambientes enriquecidos que feliciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS | 7.1 Ambientación de espacios fisicos de la UDS que se sean asignados. 25 mayo<br>7.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica.<br>7.3 Bien uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación.- **20 mayo** | 15% | 05-06-23 | 7.1:OK<br>7.2:OK<br>7.3:OK | | |
| | | **TOTAL** | | 100% | | | | |

| | |
|---|---|
| FIRMA CONTRATISTA | Yesenia Bolivar |
| NOMBRE: | Yesenia Bolivar |
| C.C. | 1030677785 |

| | |
|---|---|
| FIRMA COORDINADORA | |
| NOMBRE: | Yalma Guzman |
| C.C. | |

ARUS
Tecnología - Información - Conocimiento

# SuAporte | AUTOLIQUIDACIÓN CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2023-05-26, 04:21:49 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Número Planilla:** 82884031

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

**PAGADO 24/05/2023**

## 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 | IGE | RET | TAE | TDE | TAP | TDP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | Días PTD | Días PTD | Días PTD | Días PTD | Días CEF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | Ibc Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | Ibc Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | SMLV | Aporte Multiapoyo | Total |
| CC1030671785 | JULIETH YESENIA BOLIVAR ALARCON | 57 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | (65-14) COLPENSIONES | $ 1.160.000 | $ 185.600 | (EPS016) EPS SURA | $ 1.160.000 | $ 145.000 | 0,522 | $ 1.160.000 | $ 6.100 | (MIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 336.700 |

## III. TOTALES

| Ibc Pensión | Ibc Salud | Ibc Riesgos | Ibc Caja | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Caja | Aportes Sena | Aportes Icbf | Aportes Esap | Aportes Men Ruralidad | (Incapacidades, Licencias, Subsidios 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, Líneas Expertos en PILA: Barranquilla: 386 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 18 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

Puntored
Corresponsal Bancario
Davivienda

# TRANSACCION EXITOSA

| | |
|---|---|
| Fecha | 2023-05-24 |
| Hora | 13:04:04 |
| Comercio | 497288 |
| Terminal | 290309 |
| Operacion | Recaudo |
| Aprob Banco | 596297 |
| Aprob Puntored | 000630822333 |
| Convenio | ARUS PILA ASISTIDA |
| Cod. Convenio | 000001225739 |
| Referencia 1 | 8994606190 |
| Referencia 2 | 1030671785 |
| Valor | 336700.00 |

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

**CUENTA DE COBRO No. 4**

**ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA**
**NIT 830.107.985-1**

**DEBE A: LINA FERNANDA ANGULO BENITEZ**

**CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS**
**No. DIMFKENNEDY-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 Mayo**

**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 Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Lina Fernanda Anglo

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 #1100/532/2023**

| | |
|---|---|
| PROGRAMA | DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY |
| NOMBRE | Lina Fernanda Angulo |
| CARGO | APOYO PEDAGOGICO |
| PERIODO y FECHA | MAYO |

| | | | | | APOYO PEDAGOGIO : | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FASE | PAGO No | PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES | FUENTES DE VERIFICACIÓN | PORCENTAJE | FECHA DE REVISION | CUMPLE | NO CUMPLE | OBSERVACIONES |
| ATENCION MAYO | 4 | **1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales**<br>**Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación y subidos al drive correspondiente del Grupo de Atencion** | 1.1 Planeación Grupal, con las cuatro planeaciones de las áreas correspondientes (Formato ICBF) **-20 Mayo**<br>1.2 Cartilla digital:<br>i. Parte uno: caracterizaciones al 100% diligenciada, **20 mayo**<br>ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, **20 mayo**<br>iii Diligenciamiento de la parte dos: Priorización de Practicas **-20 mayo**<br>**iv. Diligenciamiento de la movilizacion social: Mayo Gestar con Amor.** | 10% | 05-06-23 | 1.2<br>i OK<br>ii OK<br>iii OK<br>iv OK | | |
| | | **2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF)**<br>**Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación, tener en cuenta lo planeado en los microproyectos** | 2.1. **Planeacion** Encuentro en el hogar (1 por cada participante - cargada en en el cuaderno digital en el drive correspondiente - de acuerdo al grupo etareo)- **20 mayo**<br>2.2 Cronograma de visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/o ____ encuentros en el hogar de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente **20 mayo**<br>**2.3 Cartilla digital Parte uno:**<br>i. Caracterizaciones al 100% diligenciada,20 mayo<br>ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, **20 mayo**<br>iii. Diligenciamiento de la parte dos: Priorización de Practicas, **20 mayo**<br>**iv. Seguimiento al desarrollo, escala de valoración** | 10% | 05-06-23 | 2.1 OK<br>2.2 OK<br>2.3 OK | | |
| | | **3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en fisico como en drive (50)** | Actualización de los nuevos participantes **16 de mayo**<br>3.1 Seguimiento mediante la **lista de chequeo** de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante<br>3.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA<br>3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA_<br>3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas ( carpetas)<br>**3.5 formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF** | 20% | 05-06-23 | 3.1 OK<br>3.2 OK<br>3.3 OK<br>3.4 OK<br>3.5 OK | | |
| | | 4. Entrega de las escalas | **4.1 Entrega de la escala** correspondiente de los niños y niñas que ingresaron en el **mes febrero__ (documento en fisico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante)** | 15% | 05-06-23 | 4.1 OK | | 38 escalas |
| | | 5. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento | **5.1 Apoyar en el seguimiento de novedades de inasistencia, casos de estados de salud, puerperios, hechos de violencias y demás que se presenten en los encuentros por grupo de atencion** | 15% | 05-06-23 | 5.1 OK | | |
| | | 6. Formato de ficha de caracterización de practicas y acciones f7 | **6.1 3 Apoyar en los Archivos de excel de practicas (1 x UA) participantes nuevos** | 15% | 05-06-23 | 6.1 OK | | |
| | | 7. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faliciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS | 7.1 Ambientacion de espacios fisicos de la UDS que se sean asignados. 25 mayo<br>7.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica.<br>7.3 Buen uso de los materiales de consumo que se emplean para la ambientacion.- **20 mayo** | 15% | 05-06-23 | 7.1 OK<br>7.2 OK<br>7.3 OK | | |
| | | | **TOTAL** | **100%** | | | | |

| | |
|---|---|
| FIRMA CONTRATISTA | Lina Fernanda Angulo |
| NOMBRE: | Lina Fernanda Angulo |
| C.C. | 1022999801 |

| | |
|---|---|
| FIRMA COORDINADORA | |
| NOMBRE: | Yolima Carmen |
| C.C. | 40.443.431 |

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

**Señor(a):** LINA FERNANDA ANGULO BENITEZ
**No. Identificación:** CC1022999801
**Dirección:** CALLE 48 # 80 I 72
**Telefono:** 3874549
**Correo:** lfangulo92@gmail.com
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.
**Número de Planilla:** 8367275475

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | |
|---|---|
| Nombre Aportante | LINA FERNANDA ANGULO BENITEZ |
| Tipo y número de identificación | CC1022999801 |
| Número de planilla | 8367275475 |
| Fecha pago | 2023-05-02 |
| Número de autorización pago | 19113741 |
| Banco | 1023 |

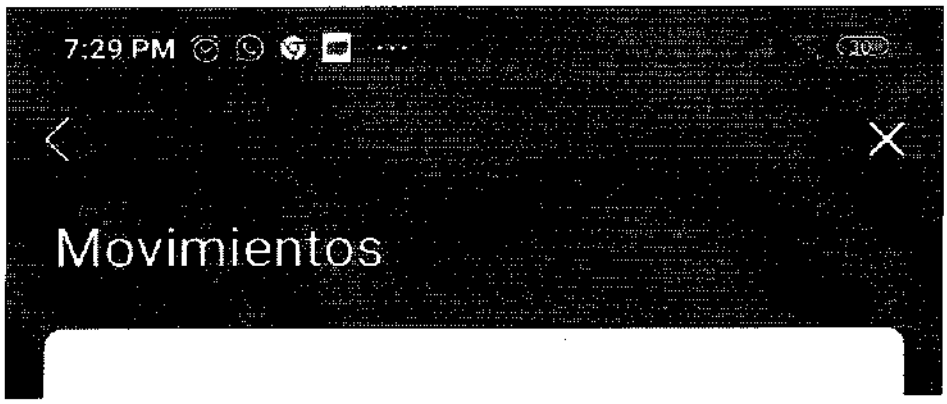
| | |
|---|---|
| Número de Empleados | 1 |
| Periodo de Cotización Salud | abril de 2023 |
| Periodo de Cotización Pensión | abril de 2023 |
| Número de Administradoras | 3 |
| Total Pagado | 336700 |
| Total Intereses de Mora | 0 |

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-11 | ARL SURA | 6100 | 1 |
| 230301 | Porvenir | 185600 | 1 |
| EPS008 | Compensar EPS | 145000 | 1 |

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1022999801
APELLIDOS Y NOMBRES: LINA FERNANDA ANGULO BENITEZ

| 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 | 1160000 | 1160000 | 1160000 | 0 | 145000 | 0 | 185600 | 0 | 6100 | 0 |

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




## Cuenta de Ahorros

No. 060375292

**Filtra los movimientos**

Por fecha | Por monto

11/05/... | 11/05/... | **Borrar**

**Mayo / 2023**

11 Gravamen Movimientos Financieros

-$ 1.462,00

Cargo Pago Electronico Planilla Unica
No. 000000000067787650 Nit
0009998600669427

-$ 365.500,00

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

**CUENTA DE COBRO No. 4**

**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 Mayo**

**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 Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Nidia Marcela Mendieta Ramret

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 #1100/532/2023**

| | |
|---|---|
| PROGRAMA | DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY |
| NOMBRE | Nidia Narceta Hendieta. |
| CARGO | APOYO PEDAGOGICO |
| PERIODO y FECHA | MAYO |

| | | | | | APOYO PEDAGOGIO : | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FASE | PAGO No | PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES | FUENTES DE VERIFICACIÓN | PORCENTAJE | FECHA DE REVISION | CUMPLE | NO CUMPLE | OBSERVACIONES |
| ATENCION MAYO | 4 | 1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales<br><br>**Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación y subidos al drive correspondiente del Grupo de Atencion** | 1.1 **Planeación Grupal,** con las cuatro planeaciones de las áreas correspondientes (Formato ICBF) -20 Mayo<br>1.2 **Cartilla digital:**<br>i. Parte uno: conociendonos al 100% diligenciada, 20 mayo<br>ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, 20 mayo<br>iii Diligenciamiento de la parte dos: Priorización de Practicas, -20 mayo<br>iv. **Diligenciamiento de la movilizacion social:** Mayo Gestar con Amor. | 10% | 05-06-23 | 1.1: ok<br>1.2: ok | | |
| | | 2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF)<br><br>**Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación, tener en cuenta lo planeado en los microproyectos** | 2.1. **Planeacion Encuentro en el hogar** (1 por cada participante - cargada en en el cuaderno digital en el drive correspondiente - de acuerdo al grupo etareo)- 20 mayo<br>2.2 **Cronograma de visitas,** con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/o ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente.**20 mayo**<br>2.3 **Cartilla digital Parte uno:**<br>i. Conociendonos al 100% diligenciade,20 mayo<br>ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, 20 mayo<br>iii. Diligenciamiento de la parte dos: Priorización de Practicas, 20 mayo<br>iv. Seguimiento al desarrollo, escala de valoración | 10% | 05-06-23 | 2.1: ok<br>2.2: ok<br>2.3: ok | | |
| | | 3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en fisico como en drive (50) | Actualización de los nuevos participantes 16 de mayo<br>3.1 Seguimiento mediante la **lista de chequeo** de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante<br>3.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA<br>3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA_<br>3.4 Archivo Fisico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas ( carpetas)<br>3.5 formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF | 20% | 05-06-23 | 3.1 OK<br>3.2 OK<br>3.3 OK<br>3.4 OK<br>3.5 OK | | |
| | | 4. Entrega de las escalas | 4.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que ingresaron en el mes febrero__ (documento en fisico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante) | 15% | 05-06-23 | 4.1 OK | | 40 escalas |
| | | 5. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento | 5.1 Apoyar en el seguimiento de novedades de inasistencia, casos de estados de salud, puerperios, hechos de violencias y demás que se presenten en los encuentros por grupo de atencion | 15% | 05.06.23 | 5.1 ok | | |
| | | 6. Formato de ficha de caracterización de practicas y acciones f7 | 6.1 3 Apoyar en los Archivos de excel de practicas (1 x UA) participantes nuevos | 15% | 05-06-23 | 6.1 OK | | |
| | | 7. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faliciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS | 7.1 Ambietación de espacios fisicos de la UDS que se sean asignados. 25 mayo<br>7.2 Los espacios intervenidos deben contar con una fi intencionalidad pedagógica.<br>7.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación.- 20 mayo | 15% | 05-06-23 | 7.1 OK<br>7.2 OK<br>7.3 OK | | |
| | | | TOTAL | 100% | | | | |

| | |
|---|---|
| FIRMA CONTRATISTA | Nidia Narceta Hendieta |
| NOMBRE: | Nidia Narceta Hendieta |
| C.C. | 52904447 |

| | |
|---|---|
| FIRMA COORDINADORA | |
| NOMBRE: | Yolima Carmona |
| C.C. | 40443.431 |

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

**Señor(a):** NIDIA MARCELA MENDIETA RAMIREZ
**No. Identificación:** CC52904447
**Dirección:** CARRERA 86 C # 42 G 53 SUR
**Telefono:** 4521651
**Correo:** nidiamarcelamr@hotmail.com
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.
**Número de Planilla:** 8367074145

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | |
|---|---|
| Nombre Aportante | NIDIA MARCELA MENDIETA RAMIREZ |
| Tipo y número de identificación | CC52904447 |
| Número de planilla | 8367074145 |
| Fecha pago | 2023-04-27 |
| Número de autorización pago | 12064699 |
| Banco | 1023 |

| | |
|---|---|
| Número de Empleados | 1 |
| Período de Cotización Salud | abril de 2023 |
| Período de Cotización Pensión | abril de 2023 |
| Número de Administradoras | 4 |
| Total Pagado | 359900 |
| Total Intereses de Mora | 0 |

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-11 | ARL SURA | 6100 | 1 |
| 231001 | Colfondos | 185600 | 1 |
| CCF24 | Compensar Caja de Compensacion Fliar | 23200 | 1 |
| EPS017 | Famisanar EPS Cafam Colsubsidio | 145000 | 1 |

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 52904447
APELLIDOS Y NOMBRES: NIDIA MARCELA MENDIETA RAMIREZ

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS017 | 231001 | 1160000 | 1160000 | 1160000 | 1160000 | 145000 | 0 | 185600 | 0 | 6100 | 23200 |

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

EMPRESA: EFECTIVO LTDA
NIT.830.131.993-1
Calle 98 No. 12-55 Bogota

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 9364366168 NO: 196679

Pagado: NOTFORI

Cliente beneficiario:
119297 PLANILLAS AGIL Aportes en Linea
Aras Compensar Aportes Simple Mi Plan

Fecha: 25/01/2023 19:12:07

PS Recaudador:
900895 CARREFOUR PAGO BONITO L123 ::

Cantidad cupones: 1

| | |
|---|---|
| Nombre: | RADIO |
| Apellido 1: | MERDIFFA |
| NUM PLANILLA: | 8367074145 |
| TIPO DE IDENTIFICACION: | CEDULA DE CIUDADANIA |
| NUMERO IDENTIFICACION: | 52904447 |
| PERIODO: | 202304 |
| Referencia | Valor |
| 8367074145 | $359.900.00 |
| Valor recibido: | $359.900.00 |
| 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 DC **Mes:** Mayo **Día:** 30 **Año:** 2023

**CUENTA DE COBRO No. 4**

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

**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 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 # 1100/532/2023**

| | |
|---|---|
| PROGRAMA | DIMF GESTANDO FUTURO GRAN BRITALIA Y TRIUNFADORAS |
| NOMBRE | NOHORA ROJAS |
| CARGO | APOYO PEDAGOGICO UDS |
| PERIODO Y FECHA | MAYO |

| | | | | | APOYO PEDAGOGICO : | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FASE | PAGO No | PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES | FUENTES DE VERIFICACIÓN | PORCENTAJE | FECHA DE REVISION | NOHORA ROSALBA | CUMPLE | NO CUMPLE | OBSERVACIONES |
| ATENCION ABRIL | 3 | 1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales<br><br>**Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación y subidos al drive correspondiente del Grupo de Atencion** | 1.1 Planeación Grupal, con las cuatro planeaciones de las áreas corespondientes (Formato ICBF) **-20 Mayo**<br>1.2 Cartilla digital:<br>i. Parte uno: conociendonos al 100% diligenciada,**20 mayo**<br>ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, **20 mayo**<br>iii Diligenciamiento de la parte dos: Priorización de Practicas, -20 mayo<br>iv. Diligenciamiento de la movilizacion social: Mayo Gestar con Amor | 10% | 05-06-23 | 1.1 ok<br>1.2 ok | | | |
| | | 2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF)<br><br>**Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación, tener en cuenta lo planeado en los microproyectos** | 2.1 Planeacion Encuentro en el hogar (1 por cada participante - cargada en en el cuaderno digital en el drive correspondiente - de acuerdo el grupo etareo)-**20 mayo**<br>2.2 Cronograma de visitas, con las respectivas Firmes - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/o ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente**20 mayo**<br>**2.3 Cartilla digital Parte uno:**<br>i. Conociendonos al 100% diligenciada**20 mayo**<br>ii. Hoja correspondiente al Cronograme de encuentros diligenciada**20 mayo**<br>iii. Diligenciamiento de la parte dos: Priorización de Practicas**20 mayo**<br>**iv. Seguimiento al desarrollo, escala de valoración** | 10% | 05-06-23 | 2.1<br>2.2<br>2.3 | | | |
| | | 3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en fisico como en drive (50) | Actualización de los nuevos participantes**15 de mayo**<br>3.1 Seguimiento mediante lalista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante<br>3.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA<br>3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA_<br>3.4 Archivo Fisico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas ( carpetas)<br>**3.5 formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF** | 20% | 05-06-23 | 3.1. ok<br>3.2. ok<br>3.3. ok<br>3.4. ok<br>3.5. ok | | | |
| | | 4. Entrega de las escalas | 4.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que ingresaron en el mes febrero__ (documento en fisico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante) | 15% | 05-06-23 | 4.1. ok | | | 36 Escalas |
| | | 5. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento | 5.1 Apoyar en el seguimiento de novedades de inasistencia, casos de estados de salud, puerperios, hechos de violencias y demás que se presenten en los encuentros por grupo de atencion | 15% | 05-06-23 | 5.1. ok | | | |
| | | 6. Formato de ficha de caracterización de practicas y acciones f7 | 6.1 3 Apoyar en los Archivos de excel de practicas (1 x UA) participantes nuevos | 15% | 05-06-23 | 6.1. ok | | | |
| | | 7. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faliciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS | 7.1 Ambietación de espacios fisicos de la UDS que se sean asignados. 25 mayo<br>7.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica.<br>7.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación.- 20 mayo | 15% | 05-06-23 | 7.1. ok<br>7.2. ok<br>7.3. ok | | | |
| | | TOTAL | | 100% | | | | | |

| | |
|---|---|
| FIRMA CONTRATISTA | Nohora Rojas |
| NOMBRE: | NOHORA ROJAS |
| C.C. | 51.814.455 |

| | |
|---|---|
| FIRMA COORDINADORA | |
| NOMBRE: | YOLIMA GUZMAN PAJARDO |
| C.C. | 40.443.431 |

Simple

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2023-05-16, 04:09:34 AM | Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES | Número Planilla: 1054109310

Periodo Cotización: abril de 2023 | Periodo Servicio: abril de 2023 | Referencia pago (PIN): 8845132560

**PAGADO 15/05/2023 EN HORARIO EXTENDIDO**

## I. DATOS DEL APORTANTE

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

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Nombres y Apellidos | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 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 Men Educación | Total |
| CC51814455 | NOHORA ROSALBA ROJAS MEDINA | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (25-14) DOLPENSIONES | $ 1.160.000 | $ 185.600 | (EPS048) EPS SANITAS | $ 1.160.000 | $ 145.000 | 0,522 | $ 1.160.000 | $ 6.160 | (ARL-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 336.760 |

## III. TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Caja | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Caja | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Men Educación | Sobretasa Bomb., Licencias, Salario x Favor EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 1.160.000 | $ 1.160.000 | $ 1.160.000 | $ 0 | $ 185.600 | $ 145.000 | $ 6.160 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 336.760 | $ 1.700 | $ 338.460 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4486634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 56 59 - Bucaramanga: 643 56 99 - Cartagena: 654 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 56 60 - 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.

Powered by CamScanner




# ¡Hola, Nohora Rosalba Rojas Medina

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

Estado de la Transacción: Aprobada
CUS: 2083058161
Empresa: SISTEMA INTEGRADO MULTIPLE DE PAGOS ELECTRONICOS S
Descripción: 51814455
Valor de la Transacción: $ 338.400
Fecha de Transacción: 15/05/2023

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 D,C Mes: Mayo Día: 30 Año: 2023

**CUENTA DE COBRO No. 1**

**ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA**
**NIT 830.107.985-1**

**DEBE A: JULIETH TATIANA MUÑOZ MORENO**

**CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS**
**No. APC2023-DIMFKENNEDY-CON004**

**NOMBRE:** JULIETH TATIANA MUÑOZ MORENO
**CEDULA:** 1.000.021.007
**CUENTA BANCARIA:** 026279109 **BANCO: BOGOTA AHORRO _X_ CORRIENTE ___**
**LA SUMA DE: ($ 995.843)** Novecientos noventa y cinco mil ochocientos cuarenta y tres pesos M/Cte.
**PERIODO:** Fase de Atención Mayo

**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: ($ 995.843)** Novecientos noventa y cinco mil ochocientos cuarenta y tres 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,
Julieth Tatiana Muñoz
NOMBRE: Julieth Tatiana Muñoz Moreno
C.C. 1.000.021.007
DR. Calle 26 Sur No 1A – 63 Este
TELEFONO: 3144403648
CORREO: juliethtatiana75@gmail.com

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

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

| | |
|---|---|
| PROGRAMA | DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY |
| NOMBRE | Julieth Tatiana Muñoz Moreno |
| CARGO | AUXILIAR ADMINISTRATIVO |
| PERIODO y FECHA | MAYO |

| FASE | PAGO No | PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES | FUENTES DE VERIFICACIÓN | PORCENTAJE | FECHA DE REVISION | CUMPLE | NO CUMPLE | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ATENCIÓN MAYO | 4 | 1. Apoyar la organización documental del Talento Humano. | 1.1. Verificación de Polizas, Talento Humano Nuevo.<br>1.2. Verificación de afiliación de Seguridad Social, Talento Humano Nuevo | 5% | 5<br>05-06-23 | 1.1: ok<br>1.2: ok | | |
| | | 2. Manejo, registro e informe de plataforma CUENTAME **Nota aclaratoria:** No se puede egresar participantes sin la toma de talla y peso. | 2.1. Cargue de :Participantes Nuevos _____ de la UDS delegada<br>2.2 Cargue de Talento Humano Nuevo _____de la UDS delegada.<br>2.3. Cargue de las formaciones de los participantes, 100% participantes<br>2.4 Cargue de formatos de la atencion (RAM) | 25% | 0<br>05-06-2023 | | | |
| | | 3. Sistematización de la información relacionada con los participantes. | 3.1. Directorio de los participantes actualizado de la UDS delegada, Mes de Mayo<br>3.2. Actualización de formatos RAM, Refrigerios, Bienestarina y entregada de RPP | 10% | 4<br>05-06-2023 | 3.1: ok<br>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)<br>4.2. Carpetas de los participantes vinculados a la UDS._____ Participantes. | 5% | 5<br>05-06-2023 | 4.1: ok<br>4.2: ok | | |
| | | 5. Construcción de la nómina recepcion y verificación de la documentación para formalización. | 5.1. Formato de nómina en excell.<br>5.2. Chek list de nómina por cargo (100% de los soportes relacionados) de la UDS asignada.<br>Kennedy 25 de Mayo<br>Suba 26 de Mayo | 10% | 4<br>05-06-2023 | 5.1: ok<br>5.2: ok | | |
| | | 6. Organización de formatos y material requerido para la operación del programa. | 6.4. Kardex de ingresos a la bodega y egreso, (Matriales y Dotación) | 10% | 10<br>05-06-2023 | 6.4: P | | |
| | | 7. Solicitud de Refrigerios, Semanal | 7.1. Kardex de ingresos y egresos de pedidos de refrigerios<br>7.2 Consolidado del mes<br>7.3 Diligenciamiento en el drive de la solicitud de pedidos de refrigerios semanal (jueves de cada semana) | 15% | 0 | | | |
| | | 8. Organización de formatos requeridos para la solicitud de AAVN | 8.1 Kardex de entrada y salida de alimentos AAVN | 5% | 0 | | | |
| | | 9. Custodia y control de los equipos de computo e impresión. | 9.1.Relación de fotocopiado e impresiones | 5% | 5 | 9.1: ok | | |
| | | 10. Inventarios 2023 | 10.1.Realizar la consolidación y actualización de los inventarios en el excell correspondiente.<br>10.2. Inventario de equipos Audiovisuales.<br>10.3. Inventario ICBF<br>10.4. Inventario APC | 5% | 5<br>05-06-2023 | | | |
| | | 11. Organización y relación de servicios públicos y caja menor. | 11.1 Formato de relación servicios públicos.<br>11. 2 Organización AZ con los servicios correspondientes a la UDS. | 5% | 5<br>06-06-2023 | | | |
| | | | TOTAL | 100% | | | | |

| | |
|---|---|
| FIRMA CONTRATISTA | Julieth M |
| NOMBRE: | Julieth Tatiana Muñoz |
| C.C. | 1000.021.007 |

| | |
|---|---|
| FIRMA COORDINADORA | |
| NOMBRE: | Yolima Guzman |
| C.C. | 40.443.431 |

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 JULIETH TATIANA MUAOZ MORENO, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 1.000.021.007 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 026279109, abierta/o desde el 10/5/2023.

Se expide en Bogotá el día 11 del mes de Mayo del año 2023

Firma Autorizada

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.000.021.007
MUÑOZ MORENO
APELLIDOS
JULIETH TATIANA
NOMBRES

FIRMA





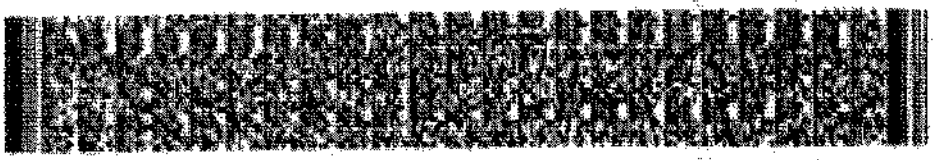
FECHA DE NACIMIENTO 19-JUN-2001
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

22-JUL-2019 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

MADE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-1500150-01294791-F-1000021007-20190823 0087501371A 1 5208418B

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

compensar salud eps

| No. de Radicación | Fecha de Radicación |
|---|---|
| | D D M M A A A A |

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

| 1. Tipo de trámite | 2. Tipo de Afiliación | | 3. Régimen | 4. Tipo de afiliado | | | Código (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| A. Afiliación | A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia | B. Colectiva | A. Contributivo | A. Cotizante X | B. Cabeza de familia | C. Beneficiario | 59 |
| B. Reporte de Novedades X | • Beneficiario o afiliado adicional | C. Institucional / D. De oficio | B. Subsidiado | 5. Tipo de cotizante: A. Dependiente | B. Independiente | C. Pensionado | |

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

| 6. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| Primer Apellido: Muñoz | Segundo Apellido: Moreno | Primer Nombre: Julieth | Segundo Nombre: Tatiana |

| 7. Tipo de documento de Identidad | 8. Número de documento de identidad | 9. Sexo | 10. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| CC | 1000021007 | Femenino X / Masculino | D D M M A A A A: 19 06 2001 |

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

| 11. Etnia | 12. Discapacidad | 13. Puntaje SISBEN | 14. Grupo de población especial | 15. Administradora de riesgos laborales - ARL | 16. Administradora de pensiones |
|---|---|---|---|---|---|
| | Tipo F N M Condición T F | C01 | | Sura | Protección |

| 17. Ingreso base de cotización - IBC | 18. Residencia | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1'160.000 | Calle 26 Sur N° 1A - 63 este | | NA | | 3144103948 |
| Julieth Muñoz Moreno | Bogotá | Zona Urbana X / Rural | San Cristobal Sur | | Bogotá / Col |

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

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

| 20. Tipo de documento de Identidad | 21. Número de documento de Identidad | 22. Sexo | 23. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| | | Femenino / Masculino | D D M M A A A A |

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

| | 24. Apellidos y nombres | | | | 25. Tipo de documento de identidad | 26. Número de documento de Identidad | 27. Sexo | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | | | Femenino | Masculino |
| B1 | Muñoz | Moreno | David | Julian | TI | 1000803454 | | X |
| B2 | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | | |

| | 28. Fecha de nacimiento | 29. Parentesco | 30. Etnia | 31. Discapacidad Tipo F N M | 31. Discapacidad Condición T P | 32. Datos de residencia: Municipio / Distrito | Zona Urbana / Rural | Departamento | Teléfono fijo y/o celular | 33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | D D M M A A A A | | | | | | | | | |
| B1 | 1 0 0 8 2 0 0 3 | Hijo | | | | Bogotá | | Cundinamarca | 3005705459 | |
| B2 | | | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | | | | |

## Selección de la IPS Primaria

| 34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud - IPS | Código de la IPS (a registrar por la EPS) |
|---|---|
| Cot. | |
| B | |
| B | |
| B | |

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

| 35. Nombre o razón social | 36. Tipo de documento de identificación |
|---|---|
| | |

| 37. Número del documento de Identificación | 38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS) |
|---|---|
| | |

| 39. Ubicación | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Dirección | Teléfono | Correo electrónico | Municipio / Distrito | Departamento |
| | | | | |

## B. REPORTE DE NOVEDADES

**40. Tipo de Novedad**

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

## VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

| 41. Datos básicos de identificación | | | | | | 42. Fecha |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Sexo Femenino / Masculino | Fecha de nacimiento D D M M A A A A | D D M M A A A A |
| Tipo de documento de Identidad | Número de documento de Identidad | 44. Motivo de traslado Código | 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones | | | |
| 43. EPS anterior | | | | | | |

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

## VIII. FIRMAS

Cotizante o Beneficiario

65 El beneficiario, apoderado o entidad responsable de la afiliación

o. de Radicación | Fecha de Radicación

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

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

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

6. Apellidos y nombres
7. Tipo de documento de identidad
8. Número de documento de identidad
9. Sexo: Femenino; Masculino
10. Fecha de nacimiento

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia
12. Discapacidad: Tipo; Condición
13. Puntaje SISBÉN
14. Grupo de población especial
15. Administradora de riesgos laborales - ARL
16. Administradora de pensiones
17. Ingreso base de cotización - IBC
18. Residencia: Zona Urbana; Rural

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

19. Apellidos y nombres
20. Tipo de documento de identidad
21. Número de documento de identidad
22. Sexo: Femenino; Masculino
23. Fecha de nacimiento

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

| | 24. Apellidos y nombres: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | 25. Tipo de documento de identidad | 26. Número de documento de identidad | 27. Sexo: Femenino; Masculino |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | |

| | 28. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A) | 29. Parentesco | 30. Etnia | 31. Discapacidad: Tipo F | Tipo N | Tipo M | Condición T | Condición P | 32. Datos de residencia: Municipio / Distrito | Zona Urbana | Zona Rural | Departamento | Teléfono fijo y/o celular | 33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | | | | | | | | |

**Selección de la IPS Primaria**

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS
Código de la IPS (a registrar por la EPS)
CoL
B
B
B

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

35. Nombre o razón social
36. Tipo de documento de identificación
37. Número del documento de identificación
38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación: Dirección

## B. REPORTE DE NOVEDADES

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

## VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación: Primer Apellido; Segundo Apellido; Primer Nombre; Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad
Número de documento de identidad
Sexo: Femenino; Masculino
Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)
42. Fecha (D D M M A A A A)
43. EPS anterior
44. Motivo de traslado — Código
45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

## VIII. FIRMAS

## IX. ANEXOS

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario: 14914158018

(415)7707212489984(8020) 000001491415801 8

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 0 0 0 0 2 1 0 0 7 | 2 | 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 | 1000021007 | 2019/07/22 |

| 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 |
|---|---|---|---|
| MUÑOZ | MORENO | JULIETH | TATIANA |

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 97 50 20

42. Correo electrónico: juliethtatiana75@gmail.com

43. Código postal — 44. Teléfono 1: 3144403648 — 45. Teléfono 2: 3059093539

## 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 |
| 8211 | 2023/05/12 | 8219 | 2023/05/12 | | | | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 4 9

49 - No responsable de IVA

### Obligados aduaneros

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

### Exportadores

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

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

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] — 60. No. de Folios: 0 — 61. Fecha: 2023 - 05 - 26 / 17 : 41: 35

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

DOCUMENTO CANCELADO 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: 2023.05.25 14:32:19 -05:00

**Código de Seguridad:** ysufDY2qT6SPmqUQFcKPXQ==

**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-PPSUS2B0000000055-D00I

| No. PÓLIZA | COQ-100000458 | No. ANEXO | 0 | No. CERTIFICADO | 532000755 | No. RIESGO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO DE DOCUMENTO | | | | FECHA DE EXPEDICIÓN | 25/05/2023 | SUC. EXPEDIDORA | CEN ORINOQUIA |

| VIGENCIA DESDE | | VIGENCIA HASTA | | DÍAS | VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE | | VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 00:00 Horas Del | 15/05/2023 | 24:00 Horas Del | 10/01/2024 | | N/A | N/A | N/A | N/A |

| | | | |
|---|---|---|---|
| TOMADOR | MUÑOZ MORENO, JULIETH TATIANA | No. DOC. IDENTIDAD | 1.000.021.807 |
| DIRECCIÓN | CALLE 95 N 68F 24 | TELÉFONO | 3134479319 |
| 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-CON048 , CUYO OBJETO ES

EL CONTRATISTA EN SU CALIDAD DE TRABAJADOR INDEPENDIENTE SE OBLIGA CON EL CONTRATANTE A PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO AXULIAR ADMINISTRATIVA 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 ASEGURADAS | VALOR PRIMAS |
|---|---|---|---|---|
| CUMPLIMIENTO | 00:00 Horas Del 15/05/2023 | 24:00 Horas Del 10/01/2024 | 2.558.551,40 | 10.000,00 |
| CALIDAD DEL SERVICIO | 00:00 Horas Del 15/05/2023 | 24:00 Horas Del 10/01/2024 | 2.558.551,40 | 10.000,00 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | TOTAL ASEGURADO | $ 5.117.102,80 | |

| 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: 25/05/2023

## CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

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

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

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

EN MI CALIDAD COMO TOMADOR DE LA PÓLIZA INDICADA EN ESTA CARATULA, MANIFIESTO EXPRESAMENTE QUE HE TENIDO A MI DISPOSICIÓN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA MANIFIESTO ADEMÁS, QUE DURANTE EL PROCESO DE NEGOCIACIÓN, ANTICIPADAMENTE ME HAN SIDO EXPLICADAS POR LA COMPAÑÍA Y/O POR EL INTERMEDIARIOS DE SEGUROS AQUÍ INDICADO, SOBRE LAS EXCLUSIONES Y ALCANCES Y CONTENIDOS DE LA COBERTURA, 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

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

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



VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

AFILIADOS A LA CAMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA Y PASA - APIT

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

## LA COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A

## CERTIFICA:

Que la garantía de Cumplimiento contenida en la póliza **COQ-100000458** y endoso, **0** cuyo afianzado es: **MUÑOZ MORENO, JULIETH TATIANA** Asegurado o Beneficiario: **ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA / ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA** , expedida por la Compañía en **25/05/2023**, no expirará por falta de pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella o por revocación unilateral por parte del Tomador o de la Compañía.

**CEN ORINOQUIA** a los **25** días del mes **MAYO** 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

seguros mundial

Mundial de Seguros S.A.
860.037.013-6

# Recibo de Pago

**- CLIENTE-**

| | |
|---|---|
| **Referencia de Pago No.** | 532000755 |
| **Fecha de Facturación** | 25/05/2023 |
| **Fecha Límite de Pago** | 24/06/2023 |

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES PARTICULARES

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Póliza No.** | COQ-100000458 | **Prima** (Incluye gastos de expedición) | 25.000,00 |
| **Periodo Facturado** | 15/05/2023 \| 10/01/2024 | **IVA** | 4.750,00 |
| | | **VALOR TOTAL A PAGAR $** | 29.750,00 |

**EFECTIVO** $

**Datos del Cliente**

| | |
|---|---|
| **Nombre / Razón Social** | MUÑOZ MORENO, JULIETH TATIANA |
| CALLE 95 N 68F 24 | 1000021007 |
| **Intermediario** | ASESORIAS Y SOLUCIONES M&M LTDA |

**Cheque**

| Banco | No Cuenta | No Cheque | Valor Cheque |
|---|---|---|---|
| | | | |
| TOTAL | | | |

**ESPACIO PARA EL TIMBRE**

Apreciado Cliente:

1. No se aceptan pagos parciales
2. Al realizar su pago de forma presencial (ante el cajero del banco) **UNICAMENTE** presente esta boleta de recaudo para garantizar la correcta referenciación del pago.
3. Si esta boleta no ha sido recaudada efectivamente el **24/06/2023** se aplicará la clausula de terminación automática especificada en el condicionado de la póliza y en la carátula de esta (artículo 1068 código de comercio)
4. Si realiza su pago en cheque o de forma mixta (efectivo y cheque), solamente gire cheque local a nombre de **PATRIMONIOS AUTÓNOMOS CREDICORP CAPITAL FIDUCIARIA Nit 900531292-7**, al respaldo endóselo correctame y diligentie los datos del girador (nombre, NIT, teléfono) y el número de referencia de esta boleta. En caso de devolución del cheque se cobrará sanción del 20% de acuerdo con lo establecido en el artículo 731 del código de comercio. **NO SE ACEPTAN CHEQUES DE OTRAS PLAZAS.**
5. Para realizar el pago a través del botón PSE, ingrese a nuestra página web **www.segurosmundial.com.co** en la imagen de PSE haga clic y continúe el proceso de pago.

**VÁLIDO COMO RECIBO DE PAGO**

**- BANCO -**

| | |
|---|---|
| **Referencia de Pago No.** | 532000755 |
| **Fecha de Facturación** | 25/05/2023 |
| **Fecha Límite de Pago** | 24/06/2023 |

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES PARTICULARES

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Póliza No.** | COQ-100000458 | **Prima** (Incluye gastos de expedición) | 25.000,00 |
| **Periodo Facturado** | 15/05/2023 \| 10/01/2024 | **IVA** | 4.750,00 |
| | | **VALOR TOTAL A PAGAR $** | 29.750,00 |

**EFECTIVO** $

**Datos del Cliente**

| | |
|---|---|
| **Nombre / Razón Social** | MUÑOZ MORENO, JULIETH TATIANA |
| CALLE 95 N 68F 24 | 1000021007 |
| **Intermediario** | ASESORIAS Y SOLUCIONES M&M LTDA |

**Cheque**

| Banco | No Cuenta | No Cheque | Valor Cheque |
|---|---|---|---|
| | | | |
| TOTAL | | | |

**Corresponsales OPCIÓN1**

(415)7709998434219(8020)000005320007 55(3900)000000029750(96)20230624

**Bancos Corresponsales OPCIÓN 2**

(415)7709998039933(8020)031594(8020)229905320007 55(3900)000000029750(96)20230624

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

seguros mundial®

**Recibo de Pago**

**Mundial de Seguros S.A.**
**860.037.013-6**

## INFORMACIÓN DE PAGO

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

### OPCIÓN 1

**CORRESPONSALES**

Carulla · grupo éxito · efecty · edeq · Bancolombia Corresponsal Bancario · Punto de pago · Mercar · 4-72

### OPCIÓN 2

**BANCOS**

Scotiabank · DAVIVIENDA · Banco de Bogotá · Bancolombia · Banco de Occidente

**CORRESPONSALES**

puntored
Te damos más

VIGILADO

**Tu compañía siempre**

Ciudad: Bogotá D, C Mes: MAYO Día: 30 Año: 2023

**CUENTA DE COBRO No. 5**

**ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA**
**NIT 830.107.985-1**

**DEBE A: YISETH VANNESA ABRIL ROBAYO**

**CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS**
**No. APC-2023-DIMF KENNEDY-CON004**

**NOMBRE:** YISETH VANNESA ABRIL ROBAYO
**CEDULA**: 1.024.547.299
**CUENTA BANCARIA:** 022620272 **BANCO: BOGOTA AHORRO _X_ CORRIENTE ___**
**LA SUMA DE: ($ 1.302.257)** Un Millón Trescientos dos mil Doscientos Cincuenta y Siete pesos M/Cte.
**PERIODO:** Fase de Atención Mayo

**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.

Desea vincularse 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: ($ 1.302.257)** Un Millón Trescientos dos mil Doscientos Cincuenta y Siete 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,

Yiseth 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 # 1100/532/2023**

| | |
|---|---|
| PROGRAMA | DIMF GESTANDO FUTURO GRAN BRITALIA Y TRIUNFADORAS |
| NOMBRE | YISETH VANNESA ABRIL ROBAYO |
| CARGO | AUXILIAR ADMINISTRATIVO |
| PERIODO Y FECHA | MAYO |

| FASE | PAGO No | PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES | FUENTES DE VERIFICACIÓN | PORCENTAJE | FECHA DE REVISION | | CUMPLE | NO CUMPLE | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1. Apoyar la organización documental del Talento Humano. | 1.1. Verificación de Polizas, Talento Humano Nuevo.<br>1.2. Verificación de afiliación de Seguridad Social, Talento Humano Nuevo. | 5% | 05-06-23 | | | | |
| | | 2. Manejo, registro e informe de plataforma CUENTAME<br>**Nota aclaratoria: No se puede egresar participantes sin la toma de talla y peso.** | 2.1. Cargue de :Participantes Nuevos _____ de la UDS delegada<br>2.2 Cargue de Talento Humano Nuevo _____ de la UDS delegada.<br>2.3. Cargue de las formaciones de los participantes, 100% participantes<br>2.4 Cargue de formatos de la atencion (RAM) | 25% | 25% 05-06-23 | formaciones y ram hasta la 3 semana<br>4 y 5 semana le corresponde a Julieth | 21:OK<br>22:OK<br>23:OK<br>24:OK | | |
| | | 3. Sistematización de la información relacionada con los participantes. | 3.1. Directorio de los participantes actualizado de la UDS delegada, Mes de Mayo<br>3.2. Actualización de formatos RAM, Refrigerios, Bienestarina y entregada de RPP | 10% | 6% 05-06-23 | formatos de RPP y Bienestarina los monto Julieth con apoyo mio | 31:OK<br>32:OK | | |
| | | 4. Organizar el archivo físico y garantizar la Seguridad de la información de los participantes | 4.1. Archivo físico de la UDS delegada (Oficios de gestión, actas de equipo, en el marco de los componentes)<br>4.2. Carpetas de los participantes vinculados a la UDS._____ Participantes. | 5% | 0% 05-06-23 | | N/A | | |
| | | 5. Construcción de la nómina recepcion y verificación de la documentación para formalización. | 5.1. Formato de nómina en excell,<br>5.2. Chek list de nómina por cargo (100% de los soportes relacionados) de la UDS asignada.<br>Kennedy 25 de Mayo<br>Suba 26 de Mayo | 10% | 6% 05-06-23 | | 51:OK | | |
| | | 6. Organización de formatos y material requerido para la operación del programa. | 6.4. Kardex de ingresos a la bodega y egreso, (Materiales y Dotación) | 10% | 0% 05-06-23 | | N/A | | |
| | | 7. Solicitud de Refrigerios, Semanal | 7.1. Kardex de ingresos y egresos de pedidos de refrigerios<br>7.2 Consolidado del mes<br>7.3 Diligenciamiento en el drive de la solicitud de pedidos de refrigerios semanal (jueves de cada semana) | 15% | 15% 05-06-23 | | 71:OK<br>73:OK | | Real:20 2 Primera Sema |
| | | 8. Organización de formatos requeridos para la solicitud de AAVN | 8.1 Kardex de entrada y salida de alimentos AAVN | 5% | 05-06-23 | SEDE PERIODISTAS | | | |
| | | 9. Custodia y control de los equipos de computo e impresión. | 9.1.Relación de fotocopiado e impresiones | 5% | 05-06-23 | | | | |
| | | 10. Inventarios 2023 | 10.1.Realizar la consolidación y actualización de los inventarios en el excell correspondiente.<br>10.2. Inventario de equipos Audiovisuales.<br>10.3. Inventario ICBF<br>10.4. Inventario APC | 5% | 5% 05-06-23 | Se mantiene el mismo | 10:OK<br>10.2:OK<br>10.3:OK<br>10.4:OK | | |
| | | 11. Organización y relación de servicios públicos y caja menor. | 11.1 Formato de relación servicios publicos.<br>11.2 Organización AZ con los servicios correspondientes a la UDS. | 5% | 05-06-23 | | | | |
| | | | TOTAL | 100% | | | | | |

| | |
|---|---|
| FIRMA CONTRATISTA | Vannesa Abril |
| NOMBRE: | YISETH VANNESA ABRIL ROBAYO |
| C.C. | 1.024.547.299 |

| | |
|---|---|
| FIRMA COORDINADORA | Yolima Guzman |
| NOMBRE: YOLIMA GUZMAN FAJARDO | |
| C.C. 40.443.431 | |

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTO )UIDACION 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 | 4663217 | 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 |
| PERÍODO SALUD | PERÍODO PENSIONES | | | | 1 | 0 |
| 2023-04 | 2023-04 | I | 26/05/2023 | 67490142 | TOTAL A PAGAR | |
| | | | | | $337.700 | |

## 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 | 146.000 | 0 | | 0 | | 0 | 2 | 400 | 0 | 146.400 | 1 |

**TOTALES PENSIÓN**

| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 231001 | Colfondos | 800227940-6 | 185.600 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 500 | 0 | 186.100 | 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 | 8909039388-2 | 6.100 | | | | 6.100 | 2 | 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 | 146.000 | 146.400 |
| Pensión | 1 | 186.600 | 186.100 |
| 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 | 338.700 | 337.700 |

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 | 1024547289 | YISETH VANNESA ABRIL ROBAYO | | CARRERA 71 # 62 A 25 SUR | 4663217 | yisethv1219@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ D.C. | | 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 | |
| 2023-04 | 2023-04 | I | 26/05/2023 | 67490142 | $337.700 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo | No. de identificación | Apellidos y Nombres | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntaria Afiliado | Voluntaria Aportante | Fondo solidaridad pensional | Fondo solidaridad de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Cotización o Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | [illegible] | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| CC | 1024547289 | ABRIL ROBAYO YISETH VANNESA | 57 | 0 | | | N | | X | | | | | | | | | | | | | | | | | 231001 | 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

Confirmación Transacción PSE - CUS 2099738101 Recibidos

S

serviciopse@achcolombia... 7:43 p. m.

para mí




¡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: 2099738101
Empresa: COMPENSAR-01
Descripción: MiPlanilla.com Pago Protección Social
Valor de la Transacción: $ 837.700
Fecha de Transacción: 25/05/2023

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.