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

CUENTA DE COBRO No. 7

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. DIMF SUBA-CON042

NOMBRE: MARTHA PATRICIA PINEDA RODRÍGUEZ
CEDULA: 52.057.838 DE BOGOTÁ
CUENTA BANCARIA: 615172624 BANCO: BOGOTÁ AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: ($ 2.342.736) DOS MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y DOS MIL SETECIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS M/CTE.
PERIODO: FASE DE ATENCIÓN AGOSTO 2023

CONCEPTO: AGENTE EDUCATIVO DIMF Gestando Futuro Suba San Carlos 51 cupos dentro del CONTRATO 1100-535-2023

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: ($2.342.736) DOS MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y DOS MIL SETECIENTOS TREINTA Y SEIS 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:

Margarita Morales Arrieta
Coordinador
C.C.52.356.915

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: MARTHA PATRICIA PINEDA RODRÍGUEZ
C.C. 52.057.838 BTA
DR. CALLE 181 C 13 91 / 3124298331 / marthapatriciapinedarodriguez@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.

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	52057838	MARTHA PATRICIA PINEDA RODRIGUEZ		CL 181C-13-91	3124256331	mopr2006@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ, D. C.	BOGOTÁ, D.C.		S

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	
2023-07	2023-07	1	08/08/2023	68150676	$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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	145.000	0		0		0	0	0	0	145.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	185.600	0	0	0	0	0	0		185.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	6.100				6.100	0	0	6.100			61	6.100	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	145.000	145.000
Pensión	1	185.600	185.600
Riesgos Laborales	1	6.100	6.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	336.700	336.700

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52057838	MARTHA PATRICIA PINEDA RODRIGUEZ	CL 181C-13-91	3124298331	mopr2006@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-07	2023-07	1	08/08/2023	69150676	$336.700	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	IGE	ERT	TDE	TAE	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	Aporta CCF	IBC otros parafiscales	Aporta SENA	Aporta ICBF	Aporta ESAP	Aporta MEN
CC	52057838	PINEDA RODRIGUEZ MARTHA PATRICIA	59	0			N																25-14	1.160.000	185.600	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

Banco de Bogotá

Comprobante de compra y pagos virtuales PSE

Pago exitoso

Número de autorización 526202

viernes, 04 de agosto de 2023, 9:05:26 PM

Detalle

$336,700.00

Valor Pagado

IVA incluído:	$0.00
Pago a:	COMPENSAR-OI
Débito desde:	Cuenta de ahorros ******2624
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Fecha y hora inicio transacción	2023-08-04 9:04:16
NIT del comercio	9998600669427
Número de factura	69150676
Código Único de Seguimiento	86537697
Dirección IP:	181.50.196.102
Referencia 1:	181.50.196.102
Referencia 2:	CC
Referencia 3:	52057838

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

CUENTA DE COBRO No. 7

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. DIMFSUBA-CON019

NOMBRE: NATHALIA ANDREA VANEGAS AVELLANEDA
CEDULA: 1.019.064.747 DE BOGOTÁ
CUENTA BANCARIA: 237531421 BANCO: BOGOTA AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: ($ 2.342.736) DOS MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y DOS MIL SETECIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS M/CTE.
PERIODO: FASE DE ATENCIÓN AGOSTO 2023

CONCEPTO: AGENTE EDUCATIVO DIMF GESTANDO FUTURO SUBA SAN CARLOS CON 51 CUPOS DENTRO DEL CONTRATO 11005352023

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

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI __ **NO**_X__ a partir de la fecha Día Mes Año 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: ($ 2.342.736) DOS MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y DOS MIL SETECIENTOS TREINTA Y SEIS 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:

Margarita Morales Arrieta
Coordinador
C.C. 52.356.915

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: NATHALIA ANDREA VANEGAS AVELLANEDA
C.C. 1.019.064.747 DE BOGOTÁ
DR. DG 146 # 136 A – 79 IN 19 AP 2ª / nathaliav1106@gmail.com / CEL. 3213886327

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	DNP GESTANDO FUTURO SUBA
NOMBRE	NATHALIA ANDREA VANEGAS AVELLANEDA
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	AGOSTO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION AGOSTO	6	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales 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) 14 de Agosto	10%	4/9/23	1 OK		
			1.2 Cartilla digital: - Parte uno: conociendonos al 100% diligenciada, 14 Agosto - Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, 14 Agosto - Diligenciamiento de la parte dos. Priorización de Practicas, 14 Agosto - Diligenciamiento de la movilizacion social. Agosto Comita de sueños.	5%	4/9/23	2 OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 90 minutos de formación (DNSF) 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) - histórica desde la primera atencion	5%	4/9/23	1 OK		
			2.2 Cronograma de visitas con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 5 encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente.	5%	4/9/23	2 OK		
			2.3 Cartilla digital Parte uno: - Conociendonos al 100% diligenciada - Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada - Seguimiento al desarrollo, escala de valoración - Parte 5 Seguimiento a situaciones de riesgo diligenciada	5%	4/9/23	3 OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en fisico como en drive (S1)	3.1 Formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF	3%	4/9/23	1 OK		
			3.2 Formato compromiso entrega de documentos a todos los participantes	2%	4/9/23	2 OK		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo el el *Ultimo viernes* de cada mes sus ingresos y egresos. 3 durante el mes de Abril	4.1 Formato de ingresos y egresos 3 en el mes Agosto 15	5%	4/9/23	1 OK		
			4.2 Soportes de egreso (con la aprobación de la coordinación) Agosto 15	5%	4/9/23	2 OK		
			4.3 Soportes de ingreso (soportes subidos al drive correspondiente. RC del participante, cedula del acudiente, recibo de servicio publico de la vivienda, carnet vacunas, crecimiento y desarrollo, vinculacion a EPS y compromisos de acuerdo a los documentos pendientes) 15 Agosto	5%	4/9/23	3 OK		
		5 Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras	5.1 Formato Ram	2%	4/9/23	1 OK		
			5.2 Refrigerios	2%	4/9/23	2 OK		
			5.3 Formato RPP	2%	4/9/23	3 OK		
			5.4 Fotografias uno a uno de la entrega de RPP - en power Point	2%	4/9/23	4 OK		
			5.5 Formato de Bienestarina Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni enmendaduras	2%	4/9/23	5 OK		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, grupo o falta de algun documento	6.1 Formato de novedades en fisico por grupo de atencion (si aplica) y subido al drive	5%	4/9/23	1 OK		
			6.2 Formato de compromiso de documentos con los seguimientos respectivos en fisico y subido al drive correspondiente del grupo de atencion	2%	4/9/23	2 OK		
			6.3 Formatos de novedades y compromisos de entregas documentales firmado por las familias (formato APC)	3%	4/9/23	3 OK		
		7. Entrega y socializacion de las escalas	7.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que aplique para el mes Agosto 33 (documento en fisico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante) (Segunda aplicacion ingresos Febrero y primera ingresos Mayo)	5%	4/9/23	1 OK		
			7.2 Socializacion de la escala 4 (participantes ingresos abril)	5%	4/9/23	2 OK		
		8. Informe de caracterizacion de practicas de acuerdo con el F7	8.1 Informe y analisis con base en las graficas que arroja el F7 grupal	5%	4/9/23	1 OK		
			8.2 informe y analisis con base en las graficas que arroja el F7 individual	5%	4/9/23	2 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 fisicos de la UDS acorde al proyecto pedagogico del territorio y tematica del mes	1%	4/9/23	1 OK		
			9.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagogica.	2%	4/9/23	2 OK		
			9.3 Buen uso de los materiales de consumo que se emplean para la ambientación	2%	4/9/23	3 OK		
		10. Participar y apoyar en las dinamicas relacionadas con la operación.	10.1 Asegurar y mantener el orden y la limpieza junto con el equipo de trabajo de las unidades de servicio	2%	4/9/23	1 OK		
			10.2 Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes	3%	4/9/23	2 OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	NATHALIA ANDREA VANEGAS AVELLANEDA
C.C.	1 013 064 747

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	BERNARDITA MORALES ARRIETA
C.C.	52 356 515

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	1019064747	NATHALIA ANDREA VANEGAS AVELLANEDA		Dg 146 N 136 a 79	3213886327	nathalia1106@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	
2023-07	2023-07	I	08/08/2023	89924563	$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
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	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

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	1019064747	NATHALIA ANDREA VANEGAS AVELLANEDA	Dg 146 N 136 a 79	3213886327	nathalia1106@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	1 – Independiente			BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-07	2023-07	1	08/08/2023	69924663	$336.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colombia	Extranjero	Residente	Cotiz. Exterior	Suspensión	IGE	IRET	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	1019064747	VANEGAS AVELLANEDA NATHALIA ANDREA	59	0		N																		25-14	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS008	1.160.000	145.000	14-11	1.160.000	1	6.100		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Banco de Bogotá

Comprobante de compra y pagos virtuales PSE

Pago exitoso

Número de autorización 101202

viernes, 04 de agosto de 2023, 8:11:01 PM

Detalle

$336,700.00
Valor Pagado

IVA incluído:	$0.00
Pago a:	COMPENSAR-OI
Débito desde:	Cuenta de ahorros ******1421
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Fecha y hora inicio transacción	2023-08-04 8:09:24
NIT del comercio	9998600669427
Número de factura	69924663
Código Único de Seguimiento	86444314
Dirección IP:	190.27.15.79
Referencia 1:	
Referencia 2:	CC
Referencia 3:	1019064747

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

CUENTA DE COBRO No. 3

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. DIMF SUBA-CON130

NOMBRE: **PAULA CAMILA GODOY PINEDA**
CEDULA. **1.121.957.591**
CUENTA BANCARIA: **005422746**, BANCO: BOGOTÁ AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: **($2.342.736) DOS MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y DOS MIL SETECIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS M/CTE.**
PERIODO: **FASE ATENCIÓN AGOSTO** 2023

CONCEPTO: AGENTE EDUCATIVA DIMF Gestando futuro Suba san Carlos con 51 cupos dentro del contrato 11005352023

El Contratista ha desarrollado las obligaciones objeto del CONTRATO con total independencia y autonomía, frente a la Asociación Profesionales de Colombia, razón por la cual no constituye 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 _____

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: ($2.342.736) DOS MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y DOS MIL SETECIENTOS TREINTA Y SEIS 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:

Margarita Morales Arrieta
Coordinador
C.C.52.356.915

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: PAULA CAMILA GODOY PINEDA
C.C. 1.121.957.591
DR. CALLE 128 C # 97ª- 11 / 3014485777 / Paulis199820@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.

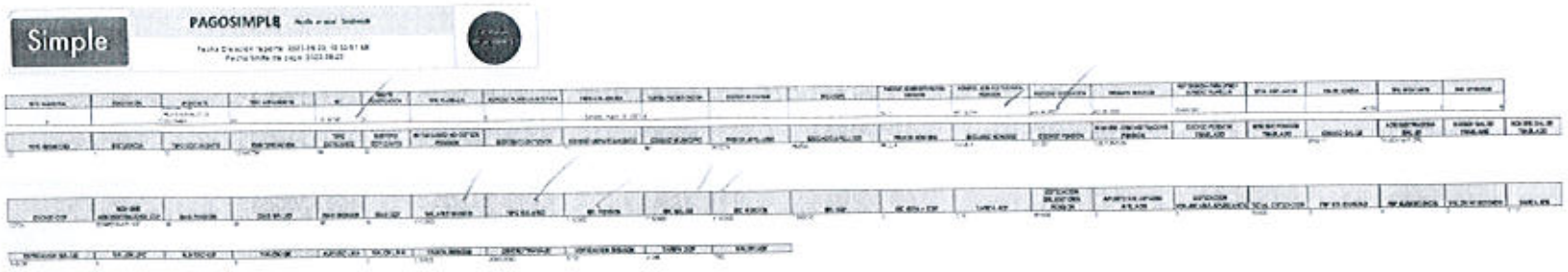
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO POR PAGO
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
OTO # 113967 05/2023

PROGRAMA	DAR SEGUIMIENTO FUTURO SURA
NOMBRE	PAULA CAMILA GODOY PINEDA
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	AGOSTO

FASE	PASO No.	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISIÓN	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
			1.1 Planeación Grupal con las cuatro planeaciones de las áreas correspondientes (Formato ICBF) 14 de Agosto	10%	4/8/23	1 OK		
			1.1 Planeación Grupal con las cuatro planeaciones de las áreas correspondientes (Formato ICBF) 14 de Agosto	10%	4/8/23	1 OK		
ATENCIÓN AGOSTO	6	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación y subidos al drive correspondiente del Grupo de Atención	1.2 Cartilla digital: i. Parte uno: consideradores al 100% diligenciada. 14 Agosto ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada. 14 Agosto iii. Diligenciamiento de la parte dos: Priorización de Prácticas. 14 Agosto iv. Diligenciamiento de la parte tres: Priorización de Prácticas. 14 Agosto v. Diligenciamiento de la parte tres: Priorización de Prácticas. 14 Agosto vi. Diligenciamiento de la parte tres: Priorización de Prácticas. 14 Agosto vii. Diligenciamiento de la parte tres: Priorización de Prácticas. 14 Agosto viii. Diligenciamiento de la parte tres: Priorización de Prácticas. 14 Agosto ix. Diligenciamiento de la parte tres: Priorización de Prácticas. 14 Agosto x. Diligenciamiento de la parte tres: Priorización de Prácticas. 14 Agosto xi. Diligenciamiento de la parte tres: Priorización de Prácticas. 14 Agosto xii. Diligenciamiento de la parte tres: Priorización de Prácticas. 14 Agosto	5%	4/8/23	2 OK		
		2. Desarrollar de manera creativa, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF). Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación, tener en cuenta lo planeado en los microproyectos	2.1. Planeación Encuentros en el hogar (1 por cada participante – cargada en el cuaderno digital en el drive correspondiente - de acuerdo al grupo atareo) - Visita inicial desde la primera atención	5%	4/8/23	1 OK		
			2.2 Cronograma de Visitas con las respectivas Fechas - que evidencie el Desarrollo de los 5/ y/o ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atención correspondiente	5%	4/8/23	2 OK		
			2.3 Cartilla digital Parte uno: i. Consideradores al 100% diligenciada. ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada. iii. Seguimiento al desarrollo, escala de valoración iv. Parte 5 Seguimiento a atención en el hogar diligenciada	5%	4/8/23	3 i ii iii iv OK		
		3. Carpetas Grupales archivadas y digitalizadas con la documentación requerida tanto en físico como en drive (53)	3.1 Firmado de uso de imágenes y de inscripción de ICBF	3%	4/8/23	1 OK		
			3.2 Firmado compromiso entrega de documentos a todos los participantes	2%	4/8/23	2 OK		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo en 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 Agosto 15	5%	4/8/23	1 OK		
			4.2 Soportes de egresos con la aprobación de la coordinación) Agosto 15	5%	4/8/23	2 OK		
			4.3 Soportes de ingresos (soportes subidos al drive correspondiente. RC del participante, cédula del acudiente, recibo de servicio público de la vivienda, carnet vacunas, crecimiento y desarrollo, vinculación EPS y compromisos de acuerdo a los documentos pendientes) 15 Agosto	5%	4/8/23	3 OK		
		5 Entrega de Formatos de Kits, Refrigerios Ajoy y Bienestarina sin lactosa ni recomendaciones	5.1 Firmado Kits	2%	4/8/23	1 OK		
			5.2 Recibos	2%	4/8/23	2 OK		
			5.3 Firmado RPP	2%	4/8/23	3 OK		
			5.4 Fotografías uno a uno de la entrega de RPP - al paquete Polo	2%	4/8/23	4		
			5.5 Firmado de Bienestarina Los documentos son legibles en buen estado, sin tachones ni recomendaciones	2%	4/8/23	5 OK		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa o falta de algún documento	6.1 Firmado de novedades en físico por grupo de atención (el agosto) y subido al drive	5%	4/8/23	1 OK		
			6.2 Firmado de compromisos de documentos con los siguientes respectivos en físico y subido al drive correspondiente del grupo de atención	2%	4/8/23	2 OK		
			6.3 Firmados de novedades y compromiso de entregas documentales firmado por las familias (forma la APC)	3%	4/8/23	3 OK		
		7. Entrega y asociación de las escalas	7.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que aplica para el mes Agosto ___ (documento en físico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital de participante) (Segunda aplicación Ingresos Febrero y primeros ingresos Mayo)	5%	4/8/23	1 OK		
			7.2 Asociación de la escala ___ (participantes ingresos abril)	5%	4/8/23	2 OK		
		8. Informe de caracterización de prácticas de acuerdo con el F7	8.1 Informe y análisis con base en las gráficas que arroja el F7 grupal	5%	4/8/23	1 OK		
			8.2 Informe y análisis con base en las gráficas que arroja el F7 individual	5%	4/8/23	2 OK		
		9. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faciliten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la LDS y a los microproyectos	9.1 Ambientación de espacios físicos de la LDS acorde al proyecto pedagógico del territorio y temática del mes.	1%	4/8/23	1 OK		
			9.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica	2%	4/8/23	2 OK		
			9.3 Buen uso de los materiales de consumo que se emplean para la ambientación	2%	4/8/23	3 OK		
		10. Participar y apoyar en las dinámicas relacionadas con la operación.	10.1. Asegurar y mantener el orden y la limpieza, junto con el equipo de trabajo de las unidades de servicio	3%	4/8/23	1 OK		
			10.2. Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes	3%	4/8/23	2 OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Camila Godoy
NOMBRE	Paula Camila Godoy Pineda
C.C.	1121933891

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE	
C.C.	52.356.818


Simple
PAGOSIMPLE

Simple

PAGOSIMPLE

Fecha Creación reporte: 2023-08-23, 10:32:51 AM

¡El Poder de lo SIMPLE!

TIPO REGISTRO	SECUENCIA	CODIGO ADMINISTRADORA	NIT ADMINISTRADORA	DIGITO VERIFICACION	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZACION	COTIZACIO	VOLUNTARIA
33	1	23'001	800227540	6	FDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS COLFONDOS	185600	0	0

TIPO REGISTRO	SECUENCIA	CODIGO ADMINISTRADORA	NIT ADMINISTRADORA	DIGITO VERIFICACION	NOMBRE ADMINISTRADORA	TOTAL COTIZACION	VALOR UPC	AUTORIZACION INCAPACIDADES
34	1	EPS017	830003564	7	FAMISANAR	145000	0	

TIPO REGISTRO	SECUENCIA	CODIGO ADMINISTRADORA	NIT ADMINISTRADORA	DIGITO VERIFICACION	NOMBRE ADMINISTRADORA	TOTAL COTIZACION	AUTORIZACION INCAPACID	VALOR INCAPACIDAD
35	1	14-11	860509390	5	ARL SURA	610		0

TIPO REGISTRO	SECUENCIA	CODIGO ADMINISTRADORA	NIT ADMINISTRADORA	DIGITO VERIFICACION	NOMBRE ADMINISTRADORA	TOTAL COTIZACION	DIAS MORA	MORA COTIZACION
6	1	CCF24	860066942	7	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	7000	0	0

VALOR FSP SOLIDARIDAD	VALOR FSP SUBSISTENCIA	DIAS MORA	MORA COTIZACION	MORA FSP SOLIDARIDAD	MORA FSP SUBSISTENCIA	TOTAL A PAGAR	TOTAL AFILIADOS
0	0	0	0	0	0	1856	1

VALOR INCAPACIDADES	LMA	VALOR LMA	VALOR NETO APORTES	DIAS MORA	MORA COTIZACION	MORA UPC	APORTES	UPC
0		0	145000	0	0	0	45000	0

VALOR PAGO OTROS SISTEMAS ARP	VALOR NETO COTIZACION	DIAS MORA	MORA COTIZACION	SUBTOTAL COTIZACION	NRO PLANILLA SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR	TOTAL A PAGAR	FONDO RIESGOS
0	6100	0	0	6100	0	0	6100	0

TOTAL A PAGAR	TOTAL AFILIADOS
7000	1

Simple

PAGOSIMPLE

El poder de lo SIMPLE!

TIP 2 REGISTRO	SECUENCIA	TIPO DOCUMENTO	IDENTIFICACION	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	EXTRANJERO NO COTIZA	RESIDENTE EXTERIOR	CODIGO DEPARTAMENTO	CODIGO MUNICIPIO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	CODIGO PENSION	NOMBRE ADMINISTRADO	CODIGO PENSION	NOMBRE PENSION	CODIGO SALUD	NOMBRE ADMINISTRADO	CODIGO SALUD	NOMBRE SALUD
02	1	CC	1121967591	59	00			11	001	GOGOY	PINEDA	PAULA	CAMILA	23100	COLFONDOS			EPS017	FAMISANAR EPS		

CODIGO CCF	NOMBRE ADMINISTRADORA CCF	DIAS PENSION	DIAS SALUD	DIAS RIESGOS	DIAS CCF	SALARIO BASICO	TIPO SALARIO	IBC PENSION	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CCF	IBC SENA e ICBF	TARIFA AFP	COTIZACION OBLIGATORIA PENSION	APORTE VOLUNTARIO AFILIADO	COTIZACION VOLUNTARIA APORTANTE	TOTAL COTIZACION	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	VALOR NO RETENIDO	TARIFA EPS
CCF 34	COMFENALCO CCF	30	30	30	30	1160000		1160000	1160000	1160000	1160000	0	0.16	18560	0	0	18560	0	0	0	0.125

COTIZACION SALUD	VALOR UPC	NUMERO DIAS	VALOR IGE	NUMERO LMA	VALOR LMA	TARIFA RIESGOS	CENTRO TRABAJO	COTIZACION RIESGOS	TARIFA CCF	VALOR CCF
145000	0		0		0	0.00522	000300000	6030	0.004	4640

Banco Caja Social

Pago de servicios electrónicos

Resultado de la transacción

Transacción exitosa.
Apreciado cliente. Pago sujeto a aprobación. Para concluir, por favor seleccione la opción "Regresar al comercio" y verifique el estado final de la transacción. Si tiene algún inconveniente, comuníquese con la entidad con la que liquidó su planilla o con el comercio desde el cual está realizando la compra o pago.

FECHA Y HORA
22 agosto 2023 10:28 am

DIRECCIÓN IP: 181.50.224.242

NÚMERO DE TRANSACCIÓN
APII3234323931254210

NÚMERO DE CONFIRMACIÓN
42102YWX

NOMBRE DEL COMERCIO	SIMPLE OI
NIT DEL COMERCIO	9999000973339
CÓDIGO DEL SERVICIO	99000
VALOR DE LA TRANSACCIÓN	$343.700,00
VALOR DEL IMPUESTO	$0,00
REFERENCIA DE PAGO	1056992393
FECHA DE LA SOLICITUD	22 agosto 2023
REFERENCIA 1	10.0.19.58
REFERENCIA 2	CC
REFERENCIA 3	1121957591
CÓDIGO DE LA TRANSACCIÓN (CUS)	114984051
CICLO DE LA TRANSACCIÓN	2
DESCRIPCIÓN DEL PAGO	Pago de Seguridad Social
CUENTA ORIGEN	Cuentamiga *******1415

CIUDAD: BOGOTÁ D.C MES: AGOSTO DÍA: 30 AÑO: 2023

CUENTA DE COBRO No. 3

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. DIMF SUBA- CON074

NOMBRE: SANDRA PATRICIA SUAREZ BARRAGÁN
CEDULA: **52.355.655**
CUENTA BANCARIA: **030330781** BANCO: BOGOTÁ AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: **($2.342.736) DOS MILLONES TRECIENTOS CUARENTA Y DOS MIL SETECIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS M/CTE.**
PERIODO: **FASE ATENCIÓN AGOSTO 2023**

CONCEPTO: AGENTE EDUCATIVA DIMF Gestando Futuro Suba san Carlos con 51 cupos dentro del CONTRATO 11005352023

El Contratista ha desarrollado las obligaciones objeto del CONTRATO con total independencia y autonomia, 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: ($2.342.736) DOS MILLONES TRECIENTOS CUARENTA Y DOS MIL SETECIENTOS TREINTA Y SEIS 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:

Margarita Morales Arrieta
Coordinador
C.C.52.356.915

Aprobado por:

Ana Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

SANDRA PATRICIA SUAREZ

NOMBRE: SANDRA PATRICIA SUAREZ BARRAGAN
C.C. 52.355.655 BTA
DR. CALLE 151F N. 1117-39/ sandy16715@hotmail.com/ 3147851287

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	DNP GESTANDO FUTURO SUBA
NOMBRE	SANDRA PATRICIA SUAREZ B.
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	AGOSTO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION AGOSTO	6	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales **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) 14 de Agosto	10%	4/9/23	1 OK		
			1.2 Cartilla digital i. Parte uno: conociendonos al 100% diligenciada. 14 Agosto ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada. 14 Agosto iii. Diligenciamiento de la parte dos. Priorización de Practicas. 14 Agosto iv. Diligenciamiento de la movilizacion social: Agosto Cometa de sueños	5%	4/9/23	2 i ii iii iv OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DNP) **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) - historica desde la primera atencion	5%	4/9/23	1 OK		
			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	5%	4/9/23	2 OK		
			2.3 Cartilla digital Parte uno i. Conociendonos al 100% diligenciada. ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada. iii. Seguimiento al desarrollo, escala de valoracion iv. Parte 5 Seguimiento a situaciones de riesgo diligenciada	5%	4/9/23	3 i ii iii iv OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en físico como en drive (SC)	3.1 Formato de Uso de imagenes y de Inscripcion de ICBF	3%	4/9/23	1 OK		
			3.2 Formato compromiso entrega de documentos a todos los participantes	2%	4/9/23	2 OK		
		4. Ingresos y Egresos 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 Agosto 15	5%	4/9/23	1 OK		
			4.2 Soportes de egreso (con la aprobación de la coordinación) Agosto 15	5%	4/9/23	2 OK		
			4.3 Soportes de ingreso (soportes subidos al drive correspondiente: RC del participante, cédula del acudiente, recibo de servicio publico de la vivienda, carnet vacunas, crecimiento y desarrollo, vinculacion EPS y compromisos de acuerdo a los documentos pendientes) 15 Agosto	5%	4/9/23	3 OK		
		5. Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios, Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras	5.1 Formato Ram	2%	4/9/23	1 OK		
			5.2 Refrigerios	2%	4/9/23	2 OK		
			5.3 Formato RPP	2%	4/9/23	3 OK		
			5.4 Fotografias uno a uno de la entrega de RPP - en power Point	2%	4/9/23	4 OK		
			5.5 Formato de Bienestarina Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni enmendaduras	2%	4/9/23	5 OK		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, grupo, o falta de algun documento	6.1 Formato de novedades en físico por grupo de atencion (si aplica) y subido al drive	5%	4/9/23	1 OK		
			6.2 Formato de compromiso de documentos con los seguimientos respectivos en físico y subido al drive correspondiente del grupo de atención	2%	4/9/23	2 OK		
			6.3 Formatos de novedades y compromiso de entregas documentales firmado por las familias (formato APC)	3%	4/9/23	3 OK		
		7. Entrega y socializacion de las escalas	7.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que aplique para el mes Agosto__ (documento en físico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante) (Segunda aplicacion ingresos Febrero y primera ingresos Mayo)	5%	4/9/23	1 OK		
			7.2 Socializacion de la escala ____ (participantes ingresos abril)	5%	4/9/23	2 OK		
		8. Informe de caracterizacion de practicas de acuerdo con el F7	8.1 Informe y analisis con base en las graficas que arroja el F7 grupal	5%	4/9/23	1 OK		
			8.2 Informe y analisis con base en las graficas que arroja el F7 individual	5%	4/9/23	2 OK		
		9. Generar espacios y ambientes enriquecidos que fulchen 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 y tematica del mes	1%	4/9/23	1 OK		
			9.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica	2%	4/9/23	2 OK		
			9.3 Buen uso de los materiales de consumo que se emplean para la ambientación	2%	4/9/23	3 OK		
		10. Participar y apoyar en las dinamicas relacionadas con la operación.	10.1. Asegurar y mantener el orden y la limpieza, junto con el equipo de trabajo, de las unidades de servicio	3%	4/9/23	1 OK		
			10.2. Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes	3%	4/9/23	2 OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	SANDRA PATRICIA SUAREZ
NOMBRE:	Sandra Patricia Suarez
C.C.	52355655

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	MARGARITA MORALES ARRIETA
C.C.	52 356 915

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

Señor(a): SANDRA PATRICIA SUAREZ BARRAGAN
No. Identificación: CC52355655
Dirección: CALLE 151 F NO 117 39
Telefono: 9271140
Correo: sandy16715@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8369527249

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	SANDRA PATRICIA SUAREZ BARRAGAN
Tipo y número de identificación	CC52355655
Número de planilla	8369527249
Fecha pago	2023-08-08
Número de autorización pago	49232355
Banco	1023

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

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

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 52355655
APELLIDOS Y NOMBRES: SANDRA PATRICIA SUAREZ BARRAGAN

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

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

EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT 830.131.663-1
Calle 96 No. 12-55 Bogota

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 9402335921 DV: 915864

Cajero: LYRUMOR

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

Fecha: 05/08/2023 14:49:23

PS Recaudador:
996079 SUBA ALMENDROS III

Cantidad cupones: 1

Nombre:	SANDRA
Apellido 1:	SUAREZ
NUM PLANILLA:	8369527249
TIPO DE IDENTIFICACION:	CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO IDENTIFICACION:	52355655
PERIODO:	202307
Referencia	Valor
8369527249	$336.700,00

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

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

SANDRA PATRICIA SUAREZ
CC 52.355.655.

Ciudad: BOGOTÁ D.C Mes: AGOSTO Día: 30 Año: 2023

CUENTA DE COBRO No. 8

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. DIMF SUBA-CON071

NOMBRE: **GLORIA ESNEDA MÁRQUEZ RIVERA**
CEDULA: **53.177.788**
CUENTA BANCARIA: 205560832 , BANCO: BOGOTÁ AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: **($2.327.424) DOS MILLONES TRESCIENTOS VEINTISIETE MIL, CUATROCIENTOS VEINTICUATRO PESOS M/CTE.**
PERIODO: **FASE ATENCIÓN AGOSTO** 2023

CONCEPTO: PROFESIONAL PSICOSOCIAL DIMF Gestando Futuro Suba San Carlos 152 cupos, contrato 11005352023.

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

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI **NO** X a partir de la fecha Día Mes Año 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: ($2.327.424) DOS MILLONES TRESCIENTOS VEINTISIETE MIL, CUATROCIENTOS VEINTICUATRO 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:

Margarita Morales Arrieta
Coordinador
C.C.52.356.915

Aprobado por:

Ana Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: **GLORIA ESNEDA MÁRQUEZ RIVERA**
C.C. 53.177.788 BTA
DR. CALLE 151 B BIS # 115 - 44 / 3229006192 / gloriamarquez.t.social@gmail.com

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

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

PROGRAMA	DIM GESTANDO FUTURO SUBA
NOMBRE	GLORIA ESNEDA MÁRQUEZ
CARGO	PSICOSOCIAL
PERIODO y FECHA	AGOSTO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION AGOSTO	7	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 las 150 familias delegadas. Registrar en digital la lista de chequeo con las 7 atenciones por (Registro civil, esquema de vacunas, crecimiento y desarrollo, control prenatal, vacunas sobre) debe facilitar el filtro	5%	4/9/23	1 OK		
			1.2 Acta de proceso o Formato de novedades Resaltar los nuevos en un color diferente.	5%	4/9/23	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. (META MIN 2 gestiones por profesional psicosocial)	2.1 Gestiones de salud citas medicas y vacunación realizadas antes del 15 de AGOSTO.	5%	4/9/23	1 OK		
		3. Validación criterios de focalizacion junto con el documento de identidad, de los nuevos ingresos de AGOSTO, que son__13____	3.1 Formato Visita Criterios de Focalización___13_____ para los casos de ingreso nuevos que aplique	2%	4/9/23	1 OK		
			3.2. Subir al drive creado por grupo territorial los criterios de focalización de los participantes nuevos: __4_____ a los cuales no aplica visita Se carga la totalidad de Criterios de Focalización de ___9___ Participantes correspondientes a los tres grupos de atención delegados.	2%	4/9/23	2 OK		
			3.3 Cronograma de Visitas - Firma de las familias Visitadas (Formato APC)	2%	4/9/23	3 OK		
			3.4 Organizacion base de criterios, nuevos ingresos a la fecha	4%	4/9/23	4 OK		
		4. Realizacion procesos de caracterización, de las _13____ nuevos ingresos nuevos de las Unidades delegdas en el territo	4.1 Link_ diligenciado por __13____ Nuevos participantes	5%	4/9/23	1 OK		
			4.2. Registro de __ 9____ Nuevos participantes, en el formato (123.me13.pp_form.80_ficha_de_caracterizacion_para_los_servicios_de_atencion_a_la_primera_infancia_v2).	5%	4/9/23	2 OK		
		5. Proceso de Formacion y cualificación al Talento Humano Seleccionar el tema priorizado _ De acuerdo a los resultados de la Caracterización	5.1 Registro Fotografico	2%	4/9/23	1 OK		
			5.2 Planeación de la Jornada	3%	4/9/23	2 OK		
			5.3. Acta, y Firmas	4%	4/9/23	3 OK		
		6. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias AGOSTO (Escala cualitativa seguimiento al desarrollo)	6.1 Planeación cargada al drive	3%	4/9/23	1 OK		
			6.2 Realización de los 9 talleres, de las UAS delegadas	10%	4/9/23	2 OK		
			6.3 Acta de proceso con listados de asistencias en físico y digital.	10%	4/9/23	3 OK		
			6.4. Registro fotografico	2%	4/9/23	4 OK		
		7.Seguimiento a poblacion migrante y desplazados	7.1 Base excel poblacion migrante y desplazados, Formatos APC	5%	4/9/23	1 OK		
		8.Activacion de ruta según sea el caso	8.1 Formatos de seguimientos remisiones	3%	4/9/23	1 OK		
			9.2 Matriz de seguimiento a casos, Priorizados y remitidos (Formato APC)__13___ Casos. Tener en cuenta los casos que arrojen ALERTA.	8%	4/9/23	2 OK		
		9. Aportar a las caracteristicas de encuentro en el hogar, familiograma de cada familia participante	9.1 Cartilla encuentro en el hogar Familograma de los participantes que ingresaron en el mes_13___	5%	4/9/23	1 OK		
			9.2 Seguimiento de los casos priorizados, en el apartado correspondiente	5%	4/9/23	2 OK		
		10. Informe de gestion mensual en el formato PP contratista y cuadro de acciones	10.1 Formato de Informe – Enviado por Coordinación Drive	5%	4/9/23	1 OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	GLORIA ESNEDA MÁRQUEZ
C.C.	53.177.788

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	MARGARITA MORALES ARRIETA
C.C.	52.356.915

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	5...177788	GLORIA ESNEDA MARQUEZ RIVERA	Cl 151b bis # 115- 44	4833209	gloriamarquez.tsocial@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	1 – Independiente			BOGOTÁ, D.C.	BOGOTA, 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	IPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2023-07	2023-07	1	04/08/2023	69557311	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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	145.000	0		0		0	0	0	0	145.000	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
23020	Protección (ING - Proteccion)	800249738-0	85.600	0	0	0	0	0	0		185.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES														
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aporte 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	830039790-6	6.100				6.100	0	0	6.100			81	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, LEY, IRP / Mora	Total a Pagar
Salud	1	145.000	145.000
Pensión	1	185.600	185.600
Riesgos Laborales	1	6.100	6.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	336.700	336.700

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	51177788	GLORIA ESNEDA MARQUEZ RIVERA		CL 151b bis # 115- 44	4633209	gloriamarquez.t.social@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1 – Independiente			BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	IPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-07	2023-07	1	04/08/2023	69357311	$136.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Extranjero	Sustituto	Pensionado	Cotiz. exterior	Pensionado	IGE	ALT	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	SLN	IGE	LMA	VAC	SCT	IRL	Cotización	Cód. AFP	FSC 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	51177788	MARQUEZ RIVERA GLORIA ESNEDA	ST	0			P															230231	1.160.700	16.000	0	0	0	0	EPS017	1.160.000	160.000	14-11	1.160.000	1	6.100		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Banco de Bogotá

Comprobante de compra y pagos virtuales PSE

Pago exitoso

Número de autorización 834202

viernes, 04 de agosto de 2023, 12:28:34 PM

Detalle

$336,700.00

Valor Pagado

IVA incluído:	$0.00
Pago a:	COMPENSAR-OI
Débito desde:	Cuenta de ahorros ******0832
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Fecha y hora inicio transacción	2023-08-04 12:27:27
NIT del comercio	9998600669427
Número de factura	69557311
Código Único de Seguimiento	85376791
Dirección IP:	181.56.218.182
Referencia 1:	181.56.218.182
Referencia 2:	CC
Referencia 3:	53177788

Ciudad: BOGOTÁ D.C Mes: AGOSTO Día: 30 Año: 2023

CUENTA DE COBRO No. 7

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. DIMF SUBA- CON089

NOMBRE: **LAURA SOFIA ERAZO ROMERO**
CEDULA: 1.019.105.876
CUENTA BANCARIA: 237534284, BANCO: BOGOTÁ AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: **($2.342.736)** DOS MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y DOS MIL SETECIENTOS TREINTA Y SEIS **PESOS M/CTE.**
PERIODO: **FASE ATENCIÓN AGOSTO** 2023

CONCEPTO: PSICOSOCIAL DIMF Gestando Futuro Suba san Carlos con 153 cupos dentro del CONTRATO 11005352023.

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

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI **NO** X a partir de la fecha Día Mes Año 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: ($2.342.736) DOS MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y DOS MIL SETECIENTOS TREINTA Y SEIS **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:

Margarita Morales Arrieta
Coordinador
C.C.52.356.915

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: **LAURA SOFIA ERAZO ROMERO**
C.C. 1.019.105.876 BTA
DR. CLL 151 #109ª-54 / 3017405968 / laura.erazor@gmail.com

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

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

PROGRAMA	DNP GESTANDO FUTURO SUBA/KENNEDY
NOMBRE	LAURA SOFIA ERAZO ROMERO
CARGO	PSICOSOCIAL
PERIODO y FECHA	AGOSTO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION AGOSTO	7	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 153 familias delegadas. Registros en digital la lista de chequeo con las 7 atenciones por ¡Registro civil sgte vacunas crecimiento y desarrollo control prenatal vacunas (sobers debe facilitar el Sitiar	5%	4/9/23	1 OK		
			1.2 Acta de proceso o Formato de novedades Resaltar los nuevos en un color diferente	5%	4/9/23	2 OK		
		2. Implementa acciones de articulación con autoridades, instituciones, servicios sociales, comunidades y los diferentes activos de su territorio, para promover rutas protectorias para las niñas, los niños y las mujeres gestantes. (MINIMO 2 gestiones por profesional psicosocial)	2.1 Gestiones de salud citas médicas y vacunación **realizarlas antes del 15 de AGOSTO**	5%	4/9/23	1 OK		
		3. Validación criterios de focalización junto con el documento de identidad, de los nuevos ingresos de AGOSTO, que son_____	3.1 Formato Visita Criterios de Focalización. (si) para los casos de ingreso nuevos que aplique	2%	4/9/23	1 OK		
			3.2 Subir al drive creado por grupo territorial los criterios de focalización de los participantes nuevos. (si) a los cuales no aplica visita. Se carga la totalidad de Criterios de Focalización de (si) participantes correspondientes a los tres grupos de atención delegados	2%	4/9/23	2 OK		
			3.3 Cronograma de Visitas - Firma de las familias Visitadas (Formato APC)	2%	4/9/23	3 OK		
			3.4 Organización Base de criterios nuevos ingresos a la fecha	4%	4/9/23	4 OK		
		4. Realización procesos de caracterización de los _____ ingresos nuevos de las Unidades delegadas en el territo	4.1 Link diligenciado por (si) Nuevos participantes	5%	4/9/23	1 OK		
			4.2. Registro de (si) nuevos participantes en el formulario (123.me12.pp_formato_ficha_de_caracterizacion_para_los_servicios_de_primera_infancia_v2).	5%	4/9/23	2 OK		
		5. Procesos de Formación y cualificación a Talento Humano Seleccionar el tema priorizado _ De acuerdo a los resultados de la Caracterización.	5.1 Registro Fotográfico	2%	4/9/23	1 OK		
			5.2 Planeación de la Jornada	3%	4/9/23	2 OK		
			5.3. Acta y Firmas	4%	4/9/23	3 OK		
		6. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias ADOSTO (Escala cualitativa seguimiento al desarrollo)	6.1 Planeación cargada al drive	3%	4/9/23	1 OK		
			6.2 Realización de los 5 talleres, de las UAS delegadas	10%	4/9/23	2 OK		
			6.3 Acta de proceso con listados de asistencias en Físico y digital.	10%	4/9/23	3 OK		
			6.4. Registro fotográfico	2%	4/9/23	4 OK		
		7 Seguimiento a población migrante y desplazados	7.1 Base excel población migrante y desplazados. Formatos APC	5%	4/9/23	1 OK		
		8 Activación de rutas según sea el caso	8.1 Formatos de seguimientos remisiones	3%	4/9/23	1 OK		
			8.2 Matriz de seguimiento a casos. Priorizados y remitidos (Formato APC) (si) casos. Tener en cuenta los casos que arrojen ALERTA.	8%	4/9/23	2 OK		
		9. Aportar a las cartillas de encuentro en el hogar, familiograma de cada familia participante	9.1 Cartilla encuentro en el hogar Familiograma de los participantes que ingresaron en el mes. (si)	5%	4/9/23	1 OK		
			9.2 Seguimiento de los casos priorizados en el apartado correspondiente	5%	4/9/23	2 OK		
		10. Informe de gestor mensual en el formato (1) con el actual y general de acciones	10.1 Formato de Informe - Enviado por Coordinación Drive	5%	4/9/23	1 OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	LAURA SOFIA ERAZO ROMERO
C.C.	1.019.105.876

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	MARGARITA MORALES PERALTA
C.C.	52.356.915

4/9/23

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 1019105876		ERAZO ROMERO LAURA SOFIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cl 151 #109a-54	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3747196	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-07	2023-07	86536719	9454350435	I	2023/08/18	2023/08/08	BANCO DE BOGOTA	0	$336,700

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
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	1019105876	ERAZO LAURA	23030 1	30	$1,160,000	$185,600	EPS005	30	$1,160,000	$145,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,160,000	0.5221	$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 1019105876		ERAZO ROMERO LAURA SOFIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cl 151 #109a-54	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3747196	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-07	2023-07	86536719	9454350435	I	2023/08/18	2023/08/08	BANCO DE BOGOTA	0	$336,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$185,600	$0	$0	$185,600
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**

Banco de Bogotá

Comprobante de compra y pagos virtuales PSE

Pago exitoso

Número de autorización 421202

viernes, 04 de agosto de 2023, 9:04:21 PM

Detalle

$336,700.00

Valor Pagado

IVA incluido:	$0.00
Pago a:	APORTES EN LINEA
Débito desde:	Cuenta de ahorros ******4284
Descripción:	nilla de aportes con clave: 9454350435
Fecha y hora inicio transacción	2023-08-04 9:03:32
NIT del comercio	9999001472382
Número de factura	9454350435
Código Único de Seguimiento	86536719
Dirección IP:	186.29.54.221
Referencia 1:	192.168.12.180
Referencia 2:	CC
Referencia 3:	1019105876

CIUDAD: BOGOTÁ D.C MES: AGOSTO DÍA: 30 AÑO: 2023

CUENTA DE COBRO No. 2

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. DIMF SUBA-CON139

NOMBRE: **JULAYS KARINA FLOREZ GONZALEZ**
CEDULA: **1.045.751.540**
CUENTA BANCARIA: **802351338**, BANCO: BOGOTÁ AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: **($2.327.424) DOS MILLONES TRESCIENTOS VEINTISIETE MIL CUATROCIENTOS VEINTICUATRO PESOS M/CTE.**
PERIODO: **FASE ATENCIÓN AGOSTO** 2023

CONCEPTO: NUTRICIONISTA DIMF Gestando Futuro Suba san Carlos con 152 cupos dentro del CONTRATO 11005352023

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

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI **NO** X a partir de la fecha Día Mes Año 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: ($2.327.424) DOS MILLONES TRECIENTOS VEINTISIETE MIL CUATROCIENTOS VEINTICUATRO 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:

Margarita Morales Arrieta
Coordinador
C.C.52.356.915

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Julays Florez Gonzalez

NOMBRE: **JULAYS KARINA FLOREZ GONZALEZ**
C.C. 1.045.751.540
DR. Calle 126f # 119b-12 / 3244610689 / Julaysflorez04@Gmail.Com

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

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

PROGRAMA	DNVI GESTANDO FUTURO
NOMBRE	JULAYS KARINA FLOREZ GONZALEZ
CARGO	NUTRICIONISTA
PERIODO y FECHA	AGOSTO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISIÓN	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCIÓN AGOSTO	7	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.) 1.1. Estrategia IEC: Promoción de la alimentación saludable 1.2. Promoción de la lactancia materna. Celebración de la semana mundial de la lactancia materna 1.3. El tema establecido en su informe diagnostico de acuerdo a las necesidades de la UA.	1.1 Planeación cargada al drive. Tema Agosto: De acuerdo a los proyectos pedagogicos y propuesta a partir del informe de resultados de tamizaje nutricional (IEC) Tema lactancia Agosto Celebración de la semana mundial de la lactancia materna	10%	4/8/23	1 OK		
			1.2 Acta de relatoria de la PARTICIPACIÓN ACTIVA en la jornada (s) propuesta(s) para la celebración de la semana mundial de la lactancia materna que fue entregada a los CZ. Incluir registro fotografico *Nota: Se resalta que la semana de la LM es compromiso del componente de salud y nutrición en la cual el acompañamiento y participación del profesional en nutrición es de vital importancia.*		4/8/23	2 OK		
			1.3 Acta de proceso de formación Estrategia IEC (divulgación de piezas comunicativas con apoyo de componente pedagogico) con listados de asistencias, fotografia en fisico y digital		4/8/23	3 OK		
		2. Cualificación del Talento Humano, según Cronograma de estrategia IEC (información Educacion y Comunicación en SAN) 2.1. Estrategia IEC: Tema priorizado por Nutricionista 2.2. Promoción de la lactancia materna. Celebración de la	2.1 Planeación cargada al drive 2.2 Acta de proceso con listados de asistencias en fisico y digital. 2.3 Registro Fotografico	10%	4/8/23	1 OK 2 OK 3 OK		
		3. Tamizaje nutricional tercera toma al 100% de los participantes	3.1 Cronograma _ de fecha concertado con coordinador de territorio y duplas para el tamizaje masivo	15%	4/8/23	1 OK		
			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		4/8/23	OK (152)		
			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, para un participante nuevo		4/8/23	3 OK		
		4. Cargue a la plataforma Cuéntame los datos correspondientes al 100% de participantes activos. ***Plazo maximo de cargue a cuéntame 24 de agosto.***	4.1. 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, *válida FALG, perímetros braquial menor a 11.5, casos de DNT aguda para activación inmediata de ruta de Desnutrición.*	10%	4/8/23	1 OK		
		5. Seguimiento Nutricional a Casos (Casos Evento 113, Casos de Desnutrición reporta cuéntame y Casos de Riesgo de desnutrición aguda reporte cuéntame)	Casos Desnutrición N. 3 (descargados por aplicativo cuéntame y los que se han reportado en meses anteriores) 5.1. Correo electrónico EAPB 5.2. PQR a la EAPB 5.3. Remisión a la familia (Formato APC) 5.4. Seguimiento Nutricional (Formato APC) 5.5 Seguimiento mensual en cuéntame (toma de antropometria mensual)	15%	4/8/23	1 OK 2 OK 3 OK 4 OK 5 OK		
			Casos Riesgos de Desnutrición Aguda N. 5 (priorización para encuentro en el hogar) 5.6. Matriz de seguimiento a casos 5.7. Seguimiento cartilla encuentros en el hogar		4/8/23	6 OK 7 OK		
			Evento 113 N. 1 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 5.8. Entrega de FTLC 5.9. consulta de CYD, nutricion, pediatria, examenes complementarios 5.10. La información recibida deberá registrarse en formato de acta APC anexando los soportes que la familia entregue 5.11 Cargue mensual al cuéntame de datos antropométricos		21/8/23	8 OK 9 OK 10 OK 11 OK		
		8. Encuentros en el hogar (Se concerta con el equipo de la unidad los casos a visitar de acuerdo con la priorización)	8.1. Encuentros en el hogar a casos priorizados: Riesgo de desnutricion, mujeres gestantes bajo peso o puerperas	20%	4/8/23	1 OK		
		9. Gestion Territorial y articulación con el equipo	9.1 Acta de asistencia a comites locales_SAN 1 nutricionista por territorio	10%	4/8/23	1 OK		
			9.2 Actas de asistencia a Ruidenciias tecnicas del Centro Zonal		4/8/23	2 OK		
			9.3 Asistencia a los grupos de estudio		4/8/23	3 OK		
		10. Informe de gestor mensual en el formato IB contractual y general de acciones	10.1. Formato de Informe - Enviado por Coordinación Drive	10%	4/8/23	1 OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Julays Florez Gonzalez
NOMBRE:	JULAYS KARINA FLOREZ GONZALEZ
C.C.	1 045 754 540

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	MARGARITA MORALES ARRIETA
C.C.	52 356 815

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 1045751540		FLOREZ GONZALEZ JULAYS KARINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 126f #119 28,	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3244610689	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-07	2023-07	97290652	9454547819	I	2023/08/10	2023/08/11	NEQUI	1	$337,300

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	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)			X			$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	1045751540	FLOREZ JULAYS X	23030 1	30	$1,160,000	$185,600	EPS002	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 1045751540		FLOREZ GONZALEZ JULAYS KARINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 126f #119 28,	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3244610689	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-07	2023-07	97290652	9454547819	I	2023/08/10	2023/08/11	NEQUI	1	$337,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$185,600	$300	$0	$185,900
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$185,600	$300	$0	$185,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,100	$100	$0	$6,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$6,100	$100	$0	$6,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,000	$200	$0	$145,200
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$145,000	$200	$0	$145,200
TOTAL				**1**	**$336,700**	**$600**	**$0**	**$337,300**

2023/08/23 11:16 AM

movimiento

Pago realizado

Pago en
Aportes En Linea

¿Cuánto?
$ 337.300,00

Fecha
11 de agosto de 2023 a las 11:16 a. m.

Referencia
M1744077

¿De dónde salió la plata?



Disponible
$ 337.300,00

Ciudad: BOGOTÁ D.C Mes: AGOSTO Día: 30 Año: 2023

CUENTA DE COBRO No. 6

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. DIMF SUBA- CON-095

NOMBRE: LUZ YAZMIN ROLDAN OLMOS
CEDULA: 52.104.306 de Bogotá
CUENTA BANCARIA: 299281659, BANCO: BOGOTA AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: (($2'342.736) DOS MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y DOS MIL SETECIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS M/CTE.
PERIODO: Fase Atención AGOSTO 2023

CONCEPTO: Nutricionista DIMF unidad de atención San Carlos correspondiente a 153 cupos. Contrato 11005352023

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

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI **NO** X a partir de la fecha Día Mes Año 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: ($2'342.736) DOS MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y DOS MIL SETECIENTOS TREINTA Y SEIS 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:

Margarita Morales Arrieta
Coordinador
C.C.52.356.915

Aprobado por:

Ana Rocio Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Yazmin Roldán O

NOMBRE: LUZ YAZMIN ROLDAN OLMOS
C.C. 52.104.306 de Bogotá
DR. kr. 50 B 64- 43 / 3105758247/ yazminroldan@gmail.com

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

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

PROGRAMA	DNVF GESTANDO FUTURO
NOMBRE	Luz Yasmin Roldán Olmos
CARGO	NUTRICIONISTA
PERIODO y FECHA	AGOSTO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISIÓN	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCIÓN AGOSTO	7	1. Planear, desarrollar e implementar formación a las familias como se establece en Cronograma de Capacitación, de acuerdo a la propuesta de rad. 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 y compartidos por canales de comunicación digital.) 1.1. Estrategia IEC: Promoción de la alimentación saludable 1.2. Promoción de la lactancia materna: Celebración de la semana mundial de la lactancia materna 1.3. El tema establecido en su informe (alguno coincide acuerdo a las necesidades de la UA.	1.1 Planeación cargada al drive Tema Agosto: De acuerdo a los proyectos pedagógicos y propuesta a parte del informe de resultados de tamizaje nutricional (IEC) Tema lactancia Agosto Celebración de la semana mundial de la lactancia materna	10%	4/9/23	: OK		
			1.2 Acta de relatoría de la PAR ICBFAC ON ACTIVA en la primera (s) propuesta (s) para la celebración de la semana mundial de la lactancia materna con fue entregada a la UZ incluir registro fotográfico **Nota: Se resalta que la asesoría de la UM es compromiso del componente de salud y nutrición en la cual el acompañamiento y participación del profesional en nutrición es de vital importancia.**		4/9/23	: OK		
			1.3 Acta de proceso de formación Estrategia IEC (divulgación de piezas comunicativas con apoyo de componente pedagógico) con listados de asistencias, fotografía en físico y digital		4/9/23	: OK		
		2. Conformación del Talento Humano según Cronograma de ser alegra IEC (Información Educación y Comunicación en SAN) 2.1. Estrategia IEC: Tema priorizado por Nutricionista 2.2 Promoción de la actancia materna: Celebración de la semana mundial de la lactancia materna	2.1 Planeación cargada al drive 2.2 Acta de proceso con listados de asistencias en físico y digital 2.3. Registro Fotográfico	10%	4/9/23	: OK : OK : OK		
		3. Tamizaje nutricional tercera toma al 100% de los participantes	3.1. Cronograma de fecha concertado con coordinador de territorio y grupos para la tamizaje mensual	15%	4/9/23	: OK		
			3.2 Formato F11 y F18 según corresponda, este debe entregarse de forma tanto en PDF con firma del nutricionista que realizo la toma		4/9/23	: OK (153)		
			3.3 Formato consolidar de tamizaje nutricional (formato APC) este se utiliza con el fin de recolectar todos los datos complementarios que se requiere diligenciar en cuadrantes para un participante nuevo		4/9/23	: OK		
		4. Cargue a la plataforma Colirame los datos correspondientes al 100% de participantes activos **Fecha máxima de cargue a cuadrante 24 de agosto**	4.1 cargue al cuadrante del 100% de los datos antropométricos y variables de salud, con calidad - veracidad, al terminar la toma, es responsabilidad del nutricionista descargar el reporte, validar **FALTA perímetro braquial menor a 15, casos de DNT aguda para activación inmediata de ruta de Desnutrición.**	10%	4/9/23	: OK		
		5. Seguimiento Nutricional a Casos (Casos Evento 113, Casos de Desnutrición reporta cuantame y Casos de Riesgo de desnutrición aguda reporta cuantame	Casos Desnutrición N. 2 (+ encargados por aplicativo cuantame y los que se han reportado en meses anteriores) 5.1 Correo electrónico EAPB 5.2 PQR a la EAPB 5.3 Remisión a la familia (Formato APC) 5.4 Seguimiento Nutricional (Formato APC) 5.5 Seguimiento mensual en cuantame (toma de antropometría mensual)	15%	4/9/23	: OK : OK : OK : OK : OK		
			Casos Riesgos de Desnutrición Aguda N. 6 (priorización para encuentro en el hogar) 5.6 Matriz de seguimiento a casos 5.7 Seguimiento canina encuentros en el hogar		4/9/23	: OK : OK		
			Evento 113 N. 0 De acuerdo a las solicitudes del CZ los casos que desde la secretaría de salud se han identificados y notificados como desnutrición aguda, deberán ser dar con seguimiento y acompañamiento a las familias para la validación de servicios recibidos por la EAPB, tales como: 5.8 Entrega de RTUF 5.9 consulta de CYD: nutrición, pediatría, exámenes complementarios 5.10 La información recibida deberá registrarse en formato de ruta APC anexando los soportes que la familia entregue 5.11 Cargue mensual al cuantame de datos antropométricos		4/9/23	: OK : OK : OK : OK : OK		
		6. Encuentros en el hogar (Se concerta con el equipo de la jornada los casos a visitar de acuerdo con la priorización)	6.1. Encuentros en el hogar a casos priorizados. Riesgo de desnutrición, mujeres gestantes bajo peso o pos parto	20%	4/9/23	: OK		
		8. Gestión Territorial y articulación con el equipo	8.1 Acta de asistencia a comités Locales, SAN Nutricionista por territorio	10%	4/9/23	1 OK		
			8.2 Actas de asistencia a Asesores técnicos del Centro Zonal		4/9/23	2 OK		
			8.3 Asistencia a los grupos de apoyo		4/9/23	3 OK		
		10. Informe de gestión mensual en el formato establecido y oportuno	10.1 Formato de informe - Enviado por Coordinador Drive	20%	4/9/23	: OK		
				TOTAL	100%			

FIRMA CONTRATISTA	Yasmin Roldán O.
NOMBRE:	Luz Yasmin Roldán Olmos
C.C.	52 104306

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	MARGARITA MORALES ARRIETA
C.C.	52 358 615

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 52104306		ROLDAN OLMOS LUZ YAZMIN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 508 # 64 - 41 TO 3 AP 505	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7468130	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-07	2023-07	116112525	94537186 H	I	2023/08/02	2023/08/[illegible]	BANCO DAVIVIENDA	21	$409,000

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)					$1,376,080	$220,200			$1,376,080	$172,100			$0	$0			$1,376,080	$7,200			$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,376,080	$220,200			$1,376,080	$172,100			$0	$0			$1,376,080	$7,200			$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,376,080	$220,200			$1,376,080	$172,100			$0	$0			$1,376,080	$7,200			$0	$0
1	CC	52104306	ROLDAN LUZ	25-14	30	$1,376,080	$220,200	EPS005	30	$1,376,080	$172,100		0	$0	$0	14-33	30	$1,376,080	$7,200	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,376,080	$220,200			$1,376,080	$172,100			$0	$0			$1,376,080	$7,200			$0	$0

2023/08/22 06:38 PM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52104306		BOLDAN OLMOS LUZ YAZMIN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 50B # 64 - 43 TO 1 AP 305	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7468130	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-07	2023-07	116112525	94537186 H	I	2023/08/02	2023/08/21	BANCO DAVIVIENDA	21	$409,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$220,200	$5,200	$0	$225,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$220,200	$5,200	$0	$225,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,200	$200	$0	$7,400
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-13	860,011,153	6	1	$7,200	$200	$0	$7,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$172,100	$4,100	$0	$176,200
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$172,100	$4,100	$0	$176,200
TOTAL				1	$399,500	$9,500	$0	$409,000

aportes en línea

Pagos aportes en linea

Módulo de pagos electrónicos

Pago electrónico

El pago electrónico de su autoliquidación se ha realizado exitosamente

Resumen del pago electrónico



Dirección IP:	201.216.46.15
Estado de la transacción:	APROBADA
Clave planilla:	9453718691
Valor:	409,000
Periodo de pago:	2023-07
No Transacción (CUS):	116112525
Fecha:	2023/08/23
Banco:	BANCO DAVIVIENDA
Aportes en linea:	9999001472382

Aceptar

Imprimir

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

Ciudad: BOGOTÁ D.C Mes: AGOSTO Día: 30 Año: 2023

CUENTA DE COBRO No.7

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. DIMF SUBA-CON90

NOMBRE: **ANGEE VIVIANA ROMERO CLAVIJO**
CEDULA: **1.233.893.716**
CUENTA BANCARIA: **030317960**, BANCO: BOGOTÁ AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: **($1.969.612) UN MILLON NOVECIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS DOCE PESOS M/CTE.**
PERIODO: **FASE ATENCIÓN AGOSTO 2023**

CONCEPTO: APOYO PEDAGÓGICO DIMF Gestando Futuro Suba san Carlos con 50 cupos dentro del CONTRATO 11005352023

El Contratista ha desarrollado las obligaciones objeto del CONTRATO con total independencia y autonomía, frente a la Asociación Profesionales de Colombia, razón por la cual no constituye 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 _____

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:

Margarita Morales Arrieta
Coordinador
C.C.52.356.915

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Angee Romero

NOMBRE: **ANGEE VIVIANA ROMERO CLAVIJO**
C.C. 1.233.893.716 BTA
DR. KR 147A #142 – 30 / 323 591 2255 / angee.viviana2015@gmail.com

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

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

PROGRAMA	DMF GESTANDO FUTURO SUBA
NOMBRE	AGEE VIVIANA ROMERO CLAVIJO
CARGO	APOYO PEDAGOGICO UDS
PERIODO y FECHA	AGOSTO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	APOYO PEDAGOGICO : FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION AGOSTO		1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales **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 dimensiones de las áreas correspondientes Formato ICBF; 14 de Agosto	10%	4/9/23	1 OK		
			1.2 **Cartilla digital** i. Parte uno: conociendonos al 100% diligenciada. 14 Agosto ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada. 14 Agosto iii. Diligenciamiento de la parte dos: Priorizacion de Practicas. 14 Agosto iv. Diligenciamiento de la movilizacion social. Agosto Cometa de sueños	10%	4/9/23	2 i ii iii iv OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DMF) **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 etáreo) - historica desde la primera atencion	5%	4/9/23	1 OK		
			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.	5%	4/9/23	2 OK		
			2.3 Cartilla digital Parte uno: i. Conociendonos al 100% diligenciada, ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, iii. Seguimiento al desarrollo, escala de valoración iv. Parte 5 Seguimiento a situaciones de riesgo diligenciada	5%	4/9/23	3 i ii iii iv OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en físico como en drive (50)	Actualización de los nuevos participantes 3.1 Seguimiento mediante la **lista de chequeo formato version 2** de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante	2%	4/9/23	1 OK		
			3.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA	2%		2 OK		
			3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA _	2%		3 OK		
			3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas)	2%		4 OK		
			3.5 Formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF	2%		5 OK		
			3.6 Formato compromiso entrega de documentos a todos los participantes.	2%		6 OK		
		4. Entrega y socializacion de las escalas	4.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que aplique para el mes Agosto__ (documento en físico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante) (Segunda aplicacion ingresos Febrero y primera ingresos Mayo)	7%	4/9/23	1 OK		
			4.2 Socializacion de la escala ____ (participantes ingresos abril)	7%		2 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	10%	4/9/23	1 OK		
		6. Formato de ficha de caracterización de practicas y acciones f?	6.1 Apoyar en los Archivos de excel de practicas (1 x UA) participantes nuevos 1 unificado por los 50 participantes	7%	4/9/23	1 OK		
		7. Generar espacios y ambientes enriquecidos que falciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	7.1 Ambietación de espacios físicos de la UDS que se sean asigandos	5%	4/9/23	1 OK		
			7.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica.	5%		2 OK		
			7.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación.-	5%		3 OK		
			7.4 Asegurar y mantener el orden y la limpieza.	5%		4 OK		
		8. Participar y apoyar en las dinamicas relacionadas con la operación.	8.1 Asegurar y mantener el orden y la limpieza, junto con el equipo de trabajo, de las unidades de servicio 8.2. Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes	3%	4/9/23	1 2 OK		
			TOTAL	100%	4/9/23			

FIRMA CONTRATISTA	Aygee Romero
NOMBRE:	AGEE VIVIANA ROMERO CLAVIJO
C.C.	1.233.863.716

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	MARGARITA MORALES ARRIETA
C.C.	52.356.915

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **ANGEE VIVIANA ROMERO CLAVIJO**, identificada con **CC** número **1233893716**, aportó por el empleado **ANGEE VIVIANA ROMERO CLAVIJO**, identificado(a) con **CC** número **1233893716** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **I** número **8369518640** para el periodo de salud **2023-07** y pensiones **2023-07** de la siguiente forma.

TIPO	CODIGO	NOMBRE	NIT	COTIZANTE	CENTRO	IRS	ING	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	DIAS	COTIZADOS	DIAS	IBC	TARIFA APORTE	CLASE RIESGO	INDICA TARIFA PENSION	COTIZACION Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NUMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EN MORA
Riesgos Laborales	14-11	ARL SURA	860903790	59	0														0		30	$1.160.000	0,00522	1		$6.100	$0	$0	Julio - 2023	8369518640	08/08/2023	N
Salud	EPS008	Compensar EPS	860066942	59	0														0		30	$1.160.000	0,12500			$145.000	$0	$0	Julio - 2023	8369518640	08/08/2023	N
Pensiones	230301	Porvenir	800224808	59	0														0		30	$1.160.000	0,16000			$185.600	$0	$0	Julio - 2023	8369518640	08/08/2023	N

El presente certificado se expide a los 22 días del mes Agosto de 2023

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



+57 305 7840519 ~Ximena

hoy a la(s) 11:13 a. m.

¡Tu pago fue exitoso!

Número de autorización: 299220

Fecha y hora: 08/08/23 - 12:30

Planilla Asistida Compensar

No. de planilla 8369518640

Valor	$ 338.400 ,00
Costo de la transacción	Gratis

El pago se realizó desde:

Cuenta de Ahorros

No. 030317960

Ciudad: BOGOTÁ D.C **Mes: AGOSTO** **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 SUBA-CON118

NOMBRE: **ANGIE TATIANA MUÑOZ CARDENAS**
CEDULA: **1.020.786.376**
CUENTA BANCARIA: **026276766**, BANCO: BOGOTÁ AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: **($2.009.043) DOS MILLONES NUEVE MIL CUARENTA Y TRES PESOS M/CTE.**
PERIODO: **FASE ATENCIÓN AGOSTO** 2023

CONCEPTO: APOYO PEDAGOGICO DIMF Gestando Futuro Suba san Carlos con 51 cupos dentro del CONTRATO 11005352023

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

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI **NO** X a partir de la fecha Día Mes Año 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: ($2.009.043) DOS MILLONES NUEVE MIL 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:

Margarita Morales Arrieta
Coordinador
C.C.52.356.915

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: **ANGIE TATIANA MUÑOZ CARDENAS**
C.C. 1.020.786.376. BTA
DR. KR 80D # 7B – 83 / 3219932474 / angy.t@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.

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1020788376	ANGIE TATIANA MUÑOZ CARDENAS		carrera 1 bis este # 162a 42	6017003746	angy1@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
70594868	04/09/2023				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-08	2023-08	N	04/09/2023	70623784	$6.300	

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					

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

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	6.300				6.300	0	0	6.300			63	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 IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	0	0	0
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	6.300	6.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	1	6.300	6.300

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1020786378	ANGIE TATIANA MUÑOZ CARDENAS		carrera 1 bis este # 162a 42	6017003746	angy.3@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
70694868	04/09/2023				EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2023-08	2023-08	N	04/09/2023	70623764	TOTAL A PAGAR	
					$6.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colombia Residente	IGE	LMA	VSP	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	INT	ERP	COMENTARIOS	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	1020786378	MUÑOZ cardenas angie tatiana	59	0		N													230301	1.200.000	192.000	0	0	0	0	EPS008	1.200.000	192.000	14-11	1.200.000	1	6.300		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?

$ 342.000,00

Fecha

04 de septiembre de 2023 a las 09:20 a. m.

Referencia

M1013947

¿De dónde salió la plata?



Disponible

$ 342.000,00

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

CUENTA DE COBRO No.7

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. DIMF SUBA-CON126

NOMBRE: **KARENTH JEANNETH JUNCO**
CEDULA: **52.932.713**
CUENTA BANCARIA: 275469005, BANCO: BOGOTÁ AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: **($2.009.043) DOS MILLONES NUEVE MIL CUARENTA Y TRES PESOS M/CTE.**
PERIODO: **FASE ATENCIÓN AGOSTO** 2023

CONCEPTO: APOYO PEDAGOGICO DIMF Gestando Futuro Suba san Carlos con 51 cupos dentro del CONTRATO 11005352023

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

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI **NO** X a partir de la fecha Día Mes Año 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: ($2.009.043) DOS MILLONES NUEVE MIL 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:

Margarita Morales Arrieta
Coordinador
C.C.52.356.915

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Karenth Junco

NOMBRE: **KARENTH JEANNETH JUNCO**
C.C. 52.932.713. BTA
DR. Cl.73#89A-23 / 3228486614 / karenth.12junco@gmail.com

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

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

PROGRAMA	DNF GESTANDO FUTURO SUSA
NOMBRE	Kpreth Jeanneth Junco
CARGO	APOYO PEDAGOGICO JES
PERIODO y FECHA	AGOSTO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	APOYO PEDAGOGICO: FECHA DE REVISION		CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION AGOSTO		1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales 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) 14 de Agosto	10%	4/9/23	1	OK		
			1.2 Cartilla digital i. Parte uno: encuadernos al 100% diligenciada. 14 Agosto ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada. 14 Agosto iii Diligenciamiento de la parte dos. Priorización de Practicas. 14 Agosto iv. Dé seguimiento de la movilización social. Agosto Correte de sueños	10%		2 i ii iii iv	OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DNF) Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación, tener en cuenta lo planeado en los mil proyectos	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) - historica desde la primera atencion	5%	4/9/23	1	OK		
			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 cada uno pendiente	5%		2	OK		
			2.3 Cartilla digital Parte uno: i. Cronogramas al 100% diligenciada. ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada. iii. Seguimiento al desarrollo, esto de las visitas sin iv. Parte 5 Seguimiento a situaciones de riesgo diligenciada	5%		3 i ii iii iv	OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en físico como en drive SO.	Actualización de los nuevos participantes 3.1 Seguimiento mediante la lista de cheques formato version 2 de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante	2%	4/9/23	1	OK		
			3.2 Actualización de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada UA y sus UA	2%		2	OK		
			3.3 Digitalización de cada uno de los documentos de los participantes del UA_	2%		3	OK		
			3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas)	2%		4	OK		
			3.5 Firmado de uso de imágenes y de inscripción de ICBF	2%		5	OK		
			3.6 Formato completo en la entrega de documentos a todos los participantes	2%		6	OK		
		4. Entrega y socialización de las escalas	4.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que aplique para el mes Agosto__ (documento en físico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante) Segunda aplicación / Ingresos (Primero y primeros ingresos Mayo)	7%	4/9/23	1	OK		
			4.2 Socialización de la escala ___ (participantes Ingresos abril)	7%		2	OK		
		5. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, grave o falla de algun documento	5.1 Apoyar en el seguimiento de novedades de inasistencia, casos de estados de salud, cuarentenas, hechos de violencias y demás que se presenten en los encuentros por grupo de atención	10%	4/9/23	3	OK		
		6. Formato de ficha de caracterización de practicas y acciones (7)	6.1 Apoyar en los Archivos de excel de practicas (1 x UA) participantes nuevos / unirlos por los 50 participantes	7%	4/9/23	1	OK		
		7. Generar espacios y ambientes enriquecidos que fiscalicen el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	7.1 Adecuación de espacios físicos de la UDS que se sean requeridos.	5%	4/9/23	1	OK		
			7.2 Los espacios interiores de ser contar con una intencionalidad pedagógica	5%		2	OK		
			7.3 Uso de los materiales de consumo que se emplean para la ambientación	5%		3	OK		
			7.4 Asegurar y mantener el orden y la limpieza	5%		4	OK		
		8. Participar y apoyar en las dinamicas relacionadas con la operación.	8.1 Asegurar y mantener el orden y la limpieza junto con el equipo de trabajo, de las unidades de servicio 8.2 Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes	2%	4/9/23	1/2	OK		
		TOTAL		100%					

FIRMA CONTRATISTA	Kpreth Junco
NOMBRE:	Kpreth Jeanneth Junco
C.C.	52932713

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	MARGARITA MORALES ARRIETA
C.C.	52 356 315

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	52932713	KARENTH JEANNETH JUNCO		calle 73 69 a 23	0000000	karenth12junco@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	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)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-07	2023-07	1	14/08/2023	70103848	$340.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	145.000	0		0		0	11	1.800	0	146.800	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)	800229739-4	185.600	0	0	0	0	11	2.300	0	187.900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES														
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	6.100				6.100	11	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, I.MA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	145.000	146.800
Pensión	1	185.600	187.900
Riesgos Laborales	1	6.100	6.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	336.700	340.900

COPIA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAC 2 de 2

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52932713	KARENTH JEANNETH JUNCO		calle 73 89 a 23	0000000	karenth12junco@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	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)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-07	2023-07	1	14/08/2023	70103648	$340.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Colombiano	Sueldo	Extranjero	Cotiza en el exterior	Pensionado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COMENTARIOS	Cód. AFP	IBC AFP	Cot zación	Valor mora Afiliado	Valor total Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cod. EPS	IBC EPS	Cotización Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días cotizados	Cot zación	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	52932713	JUNCO KARENTH JEANNETH	59	0																				23C29	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS008	1.160.000	185.600	1411	1.160.000	1	8.100		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Banco de Bogotá

Comprobante de compra y pagos virtuales PSE

Pago exitoso

Número de autorización 431202

sábado, 12 de agosto de 2023, 5:34:31 PM

Detalle

$340,900.00

Valor Pagado

IVA incluído:	$0.00
Pago a:	COMPENSAR-OI
Débito desde:	Cuenta de ahorros ******9005
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Fecha y hora inicio transacción	2023-08-12 5:32:19
NIT del comercio	9998600669427
Número de factura	70103848
Código Único de Seguimiento	99507364
Dirección IP:	179.51.114.100
Referencia 1:	179.51.114.105
Referencia 2:	CC
Referencia 3:	52932713

Powered by CamScanner

Ciudad: BOGOTÁ D.C Mes: AGOSTO Día: 30 Año: 2023

CUENTA DE COBRO No. 6

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. DIMF SUBA-CON 126

NOMBRE LADY PATRICIA CÁRDENAS GONZÁLEZ
CEDULA: 1.030.538.246 BOGOTÁ
CUENTA BANCARIA: 044450252 **BANCO DE BOGOTÁ AHORRO X_ CORRIENTE___**
LA SUMA DE: ($2.009.043) DOS MILLONES NUEVE MIL CUARENTA Y TRES PESOS M/CTE.
PERIODO: FASE DE ATENCIÓN AGOSTO 2023

CONCEPTO: APOYO PEDAGÓGICO DIMF SUBA UNIDAD SAN CARLOS CON 51 CUPOS CONTRATO 11005352023.

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

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI **NO** X a partir de la fecha Día Mes Año 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: ($2.009.043) DOS MILLONES NUEVE MIL 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:

Margarita Morales Arrieta
Coordinador
C.C.52.356.915

Aprobado por:

Ana Rocio Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Lady C 1.030.538.246

NOMBRE: **LADY PATRICIA CÁRDENAS GONZÁLEZ**
C.C. 1.030.538.246 BTA
DR. DIAGONAL 37 D # 77ª - 17 / 3144923576 / lpcardenasg@libertadores.edu.co

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	DNF GESTANDO FUTURO SUBA
NOMBRE	LADY PATRICIA CARDENAS GONZALEZ
CARGO	APOYO PEDAGOGICO UDS
PERIODO y FECHA	AGOSTO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	APOYO PEDAGOGICO: FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION AGOSTO		1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales **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 actas correspondientes Formato ICBF) 14 de Agosto	10%	4/9/23	1 OK		
			1.2 **Cartilla digital:** i. Parte Uno: conociéndonos al 100% diligenciada. 14 Agosto ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, 14 Agosto iii. Diligenciamiento de la parte dos: Priorización de Practicas. 14 Agosto iv. Diligenciamiento de la movilizacion social. Agosto Cometa de sueños	10%		2 i ii iii iv OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DMF) **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) - historica desde la primera atencion	5%	4/9/23	1 OK		
			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.	5%		2 OK		
			2.3 Cartilla digital Parte uno i. Conociéndonos al 100% diligenciada. ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada. iii. Seguimiento al desarrollo, escala de valoración iv. Parte 5 Seguimiento a situaciones de riesgo diligenciada	5%		3 i ii iii iv OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en físico como en drive (50)	Actualización de los nuevos participantes 3.1 Seguimiento mediante la **lista de chequeo formato version 2** de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante	2%	4/9/23	1 OK		
			3.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA	2%		2 OK		
			3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA _	2%		3 OK		
			3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas)	2%		4 OK		
			3.5 Formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF	2%		5 OK		
			3.6 Formato compromiso entrega de documentos a todos los participantes	2%		6 OK		
		4. Entrega y socializacion de las escalas	4.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que aplique para el mes Agosto__ (documento en físico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante) (Segunda aplicacion ingresos Febrero y primera ingresos Mayo)	7%	7/9/23	1 OK		
			4.2 Socializacion de la escala ____ (participantes ingresos abril)	7%		2 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	10%	4/9/23	1 OK		
		6. Formato de ficha de caracteriación de practicas y acciones f7	6.1 Apoyar en los Archivos de excel de practicas (1 x UA) participantes nuevos 1 unificado por los 50 participantes.	7%	4/9/23	1 OK		
		7. Generar espacios y ambientes enriquecidos que falciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	7.1 Ambietación de espacios físicos de la UDS que se sean asigandos.	5%	4/9/23	1 OK		
			7.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica	5%		2 OK		
			7.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación.-	5%		3 OK		
			7.4 Asegurar y mantener el orden y la limpieza.	5%		4 OK		
		8. Participar y apoyar en las dinamicas relacionadas con la operación.	8.1 Asegurar y mantener el orden y la limpieza, junto con el equipo de trabajo, de las unidades de servicio 8.2 Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes	3%	4/9/23	1 2 OK		
		TOTAL		100%				

FIRMA CONTRATISTA	Lady C
NOMBRE:	LADY PATRICIA CARDENAS GONZALEZ
C.C.	1.030.538.246

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	MARGARITA MORALES ARRIETA
C.C.	52.350.915

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

Señor(a): LADY PATRICIA CARDENAS GONZALEZ
No. Identificación: CC1030538246
Dirección: CLL 94 B#56-66
Telefono: 2000000
Correo: lpcardenasg@libertdores.edu.co
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8370246786

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	LADY PATRICIA CARDENAS GONZALEZ
Tipo y número de identificación	CC1030538246
Número de planilla	8370246786
Fecha pago	2023-08-23
Número de autorización pago	91891475
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	agosto de 2023
Periodo de Cotización Pensión	agosto 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
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	145000	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1030538246
APELLIDOS Y NOMBRES: LADY PATRICIA CARDENAS GONZALEZ

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
EPSC34	231001	1160000	1160000	1160000	1160000	145000	0	185600	0	6100	23200

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

AGO 23 2023 11:38:59 REMDES 9.45

CORRESPONSAL
PAPELERIA MANANTIAL
CR 139 142C-42

BANCO DE BOGOTA

C. UNICO: 0016710493 TER: BL0BZ170
V. ELECTRON Cc
**0036 RECIBO: 007719 RRN: 012081
RECAUDO APRO: 292237

SERVICIO: 0000001138
FACTURA: 0000000008370246786
** PAGO FACTURA **
TRANSACCION EXITOSA

RECAUDO $ 359.900

*** CLIENTE ***
MAYOR INFORMACION EN LA LINEA
NACIONAL: 01 8000518877

AGO 23 2023 - 11:39:29
CORRESPONSAL
PAPELERIA MANANTIAL
CR 139 142C-42
BANCO DE BOGOTA

Ciudad: BOGOTÁ D.C Mes: AGOSTO Dia: 30 Año: 2023

CUENTA DE COBRO No. 7

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A: LUZ ADRIANA PEÑARETE IZAQUITA

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. DIMF SUBA-CON049

NOMBRE: **LUZ ADRIANA PEÑARETE IZAQUITA**
CEDULA: **1.019.006.060 DE BOGOTA**
CUENTA BANCARIA: 005410568, BANCO: BOGOTÁ AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: **($2.009.043) DOS MILLONES NUEVE MIL CUARENTA Y TRES PESOS M/CTE.**
PERIODO: **FASE DE ATENCION AGOSTO** 2023

CONCEPTO: APOYO PEDAGOGICO DIMF Gestando Futuro Suba san Carlos con 51 cupos dentro del CONTRATO 11005352023

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

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI **NO** X a partir de la fecha Día Mes Año 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: ($2.009.043) DOS MILLONES NUEVE MIL 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:

Margarita Morales Arrieta
Coordinador
C.C.52.356.915

Aprobado por:

Ana Rocio Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Luz Adriana Peñarete Izaquita

NOMBRE: **LUZ ADRIANA PEÑARETE IZAQUITA**
C.C.. 1.019.006.060 DE BOGOTA
DR. CALLE 143B#128-51/ 3114703716/adrianaizaquita1986@outlook.com

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

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

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO SUBA
NOMBRE	LUZ ADRIANA PEÑARETE IZAQUITA
CARGO	APOYO PEDAGOGICO UDS
PERIODO y FECHA	AGOSTO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	APOYO PEDAGOGICO : FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION AGOSTO		1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales 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 8 tesis correspondientes (Formato ICBF) 14 de Agosto	10%	4/9/23	1 OK		
			1.2 Cartilla digital: I. Parte uno, conociendonos al 100% diligenciada. 14 Agosto II. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada. 14 Agosto III Diligenciamiento de la parte dos: Priorización de Practicas. 14 Agosto iv. Diligenciamiento de la movilizacion social: Agosto Cometa de sueños	10%		2 I II III iv OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación. (DIMF) 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 etario) - historica desde la primera atencion	5%	4/9/23	1 OK		
			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.	5%		2 OK		
			2.3 Cartilla digital Parte uno: I. Conociendonos al 100% diligenciada. II. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada. III. Seguimiento al desarrollo, escala de valoración iv. Parte 5 Seguimiento a situaciones de riesgo diligenciada	5%		3 I II III iv OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en físico como en drive (50)	Actualización de los nuevos participantes 3.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo formato versión 2 de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante	2%	4/9/23	1 OK		
			3.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA	2%		2 OK		
			3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA _	2%		3 OK		
			3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas)	2%		4 OK		
			3.5 Formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF	2%		5 OK		
			3.5 Formato compromiso entrega de documentos a todos los participantes.	2%		6 OK		
		4. Entrega y socializacion de las escalas	4.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que aplique para el mes Agosto__ (documento en físico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante) (Segunda aplicacion ingresos Febrero y primera ingresos Mayo)	7%	4/9/23	1 OK		
			4.2 Socializacion de la escala ____ (participantes ingresos abril)	7%		2 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	10%	4/9/23	1 OK		
		6. Formato de ficha de caracterización de practicas y acciones IT	6.1 Apoyar en los Archivos de excel de practicas (1 a UA) participantes nuevos 1 unificado por los 50 participantes.	7%	4/9/23	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.	5%	4/9/23	1 OK		
			7.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica.	5%		2 OK		
			7.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación.	5%		3 OK		
			7.4 Asegurar y mantener el orden y la limpieza.	5%		4 OK		
		8. Participar y apoyar en las dinamicas relacionadas con la operación.	8.1. Asegurar y mantener el orden y la limpieza, junto con el equipo de trabajo, de las Unidades de servicio 8.2. Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes	2%	4/9/23	1 2 OK		
		TOTAL		100%				

FIRMA CONTRATISTA	Luz Adriana Peñarete
NOMBRE:	LUZ ADRIANA PEÑARETE IZAQUITA
C.C.	1.019.006.060

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	MARGARITA MORALES ARRIETA
C.C.	52.356.615

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2023-08-16 02: PM Tipo Planilla: I. PLANILLA INDEPENDIENTES Numero Planilla 1056159408

Periodo Cotización julio de 2023 Periodo Servicio julio de 2023 Referencia pago 8850928470

PAGADA 15/08/2023

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LUZ ADRIANA PEÑARETE IZAQUITA		
Documento	CC1019006060	Dirección	CL 143A #128 - 51
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3114703718
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	UNICA
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos Afiliado				Novedades	Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	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 Ministerio	Total
CC 1019006060	LUZ ADRIANA PEÑARETE IZAQUITA	59	0		PROTECCION	$1.160.000	$185.600	SURA EPS	$1.160.000	$145.000	0.05922	$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 Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	Incapacidades Ben Pat. Asumidos a Favor	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

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4448634 - Cali 554 0515 - Medellín 514 66 69 - Bucaramanga 643 80 00 - Cartagena 694 54 44 - Pereira 340 25 82 - Barranquilla 361 88 50 - Resto del País 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE! ®

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

AGO 15 2023 14:50:10 REMDES 9.45

CORRESPONSAL
PAP Y MISC SAN ANDRES
CLL 142B 123-02 INT 38

BANCO DE BOGOTA

C. UNICO: 0014737589 TER: AASZZ350
V. ELECTRON Cc
**4301 RECIBO: 012960 RRN: 022740
RECAUDO APRO: 384399

SERVICIO: 0000006347
FACTURA: 0000000008850928470
** PAGO FACTURA **
TRANSACCION EXITOSA

RECAUDO $ 336.700

*** CLIENTE ***
MAYOR INFORMACION EN LA LINEA
NACIONAL: 01 8000513877

AGO 15 2023 - 14:51:09

CORRESPONSAL
PAP Y MISC SAN ANDRES
CLL 142B 123-02 INT 38
BANCO DE BOGOTA

SERVICIO: 0000006347
FACTURA: 0000000008850928470
VALOR: $ 336.700

TOTAL: $ 336.700

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

CUENTA DE COBRO No. 7

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. DIMF SUBA- CON074

NOMBRE: **YULY BELLANICETH QUITIAQUEZ GOMEZ**
CEDULA: **1.019.027.885**
CUENTA BANCARIA: **005410899**, BANCO: BOGOTÁ AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: **($2.009.043) DOS MILLONES NUEVE MIL CUARENTA Y TRES PESOS M/CTE.**
PERIODO: **FASE ATENCIÓN AGOSTO** 2023

CONCEPTO: APOYO PEDAGOGICO DIMF Gestando Futuro Suba san Carlos con 51 cupos dentro del CONTRATO 11005352023

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

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI **NO** X a partir de la fecha Día Mes Año 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: ($2.009.043) DOS MILLONES NUEVE MIL 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:

Margarita Morales Arrieta
Coordinador
C.C.52.356.915

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Yuly Quitiaquez Gomez

NOMBRE: YULY BELLANICETH QUITIAQUEZ GOMEZ
C.C. 1.019.027.885 BTA
DR. CLL 128 B BIS N. 122 C 60/ yuyi152523@gmail.com/ 3227065460

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	DMF GESTANDO FUTURO SUBA
NOMBRE	YULY BELLANCETH QUITIAQUEZ GOMEZ
CARGO	APOYO PEDAGOGICO LOS
PERIODO y FECHA	AGOSTO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	APOYO PEDAGOGICO I			
					FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION AGOSTO		1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales 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 CBF) 14 de Agosto	10%	4/9/23	1 OK		
			1.2 Cartilla digital i. Para uno: conocedorxs al 100% diligenciada. 14 Agosto ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada. 14 Agosto iii Diligenciamiento de la parte sxe. Priorizacion de Practicas. 14 Agosto iv. Diligenciamiento de la movilizacion social: Agosto Correra de sueños	10%		2 i ii iii iv OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DMF) 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) - historia desde la primera atencion	5%	4/9/23	1 OK		
			2.2 Cronograma de visitas, con las respectivas Firmas - que evidencia el Desarrollo de los 50 y/o ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente	5%		2 OK		
			2.3 Cartilla digital Parta una i. Conocedorxs al 100% diligenciada ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada. iii. Seguimiento al desarrollo, escala de valoración iv. Para 5 Seguimiento a situaciones de riesgo diligenciada	5%		i ii iii iv OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en Físico como en drive (SO)	Actualización de los nuevos participantes 3.1 Seguimiento mediante a lista de cheques formato version 2 de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante	2%	4/9/23	1 OK		
			3.2 Alistamiento de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada OA y sus UA	2%		2 OK		
			3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del OA _	2%		3 OK		
			3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas)	2%		4 OK		
			3.5 Formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF	2%		5 OK		
			3.6 Formato compromiso entrega de documentos a todos los participantes	2%		6 OK		
		4. Entrega y socializacion de las escuelas	4.1 Entrega de la escuela correspondiente de los niños y niñas que aplique para el mes Agosto_ (documento en Físico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante) (Segunda aplicacion Ingresos Febrero y primeros ingresos Mayo)	7%	4/9/23	1 OK		
			4.2 Socializacion de la escuela ____ (participantes ingresos abril)	7%		2 OK		
		5. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, grupo 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	10%	4/9/23	1 OK		
		6. Formato de ficha de caracterización de practicas y acciones IT	6.1 Apoyar en los Archivos de excel de practicas (1 x UA) participantes nuevos 1 unificado por los 50 participantes	7%	4/9/23	1 OK		
		7. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faciliten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UOS	7.1 Ambientación de espacios físicos de la UOS que se sean asignados	5%	4/9/23	1 OK		
			7.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica	5%		2 OK		
			7.3 Buen uso de los materiales de consumo que se amplean para la ambientación.-	5%		3 OK		
			7.4 Asegurar y mantener el orden y la limpieza	5%		4 OK		
		8. Participar y apoyar en las dinamicas relacionadas con la operación	8.1 Asegurar y mantener el orden y la limpieza, junto con el equipo de trabajo de las unidades de servicio 8.2 Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes	8%	9/9/23	1 2 OK		
		TOTAL		100%				

FIRMA CONTRATISTA	Yuly Quitiaquez Gomez
NOMBRE:	YULY BELLANCETH QUITIAQUEZ GOMEZ
C.C.	1.019.027.865

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	MARGARITA MORALES ARRIETA
C.C.	52.356.915

Yuly OK 04-09

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 1019027885		QUITIAQUEZ GOMEZ YULY BELLANCETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 128 b bis # 122 c 60	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3108106206	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-07	2023-07	84969'29	94544'6811	I	2023-08-22	2023/08/04	NEQUI	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 1019027885	QUITIAQUEZ YUL	03-14	30	$1,160,000	$185,600	EPS017	30	$1,160,000	$145,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,160,000	$6,100	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$6,100		$0	$0

2023/08/04 09:56 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 1019027885		QUITIAQUEZ GOMEZ YULY BELLANICETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 128 b bis # 122 c 60	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3108106206	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-07	2023-07	84969129	94544 6611	I	2023/08/22	2023/08/04	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
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$185,600	$0	$0	$185,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,100	$0	$0	$6,100
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$6,100	$0	$0	$6,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,000	$0	$0	$145,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$145,000	$0	$0	$145,000
TOTAL				1	$336,700	$0	$0	$336,700

Pagos PSE de Nequi

Pago Realizado

Descripción

Pago de la Planilla de aportes con clave:
9454416611

Tienda
APORTES EN LINEA

Referencia de pago
84969129

Precio
$336,700

Número de referencia 1
190.156.184.244

Número de referencia 2
CC

Número de referencia 3
1019027885

¿De donde salió tu plata?

Disponible

Entendido

Imprimir

Ayuda
(https://ayuda.nequi.com.co/hc/es/articles/11116508345229)

¿Tienes alguna pregunta?

Teléfono
300-600-01-00 (tel:3006000100)

Mail

Ciudad: BOGOTÁ D.C Mes: AGOSTO Día: 30 Año: 2023

CUENTA DE COBRO No. 3

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. DIMF SUBA-CON126

NOMBRE: **BLANCA MARISOL CORREDOR JIMÉNEZ**
CEDULA: **52.064.581**
CUENTA BANCARIA: **542323589**, BANCO: BOGOTÁ AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: **($ 2.002.630) DOS MILLONES DOS MIL SEISCIENTOS TREINTA PESOS M/CTE.**
PERIODO: **FASE DE ATENCIÓN AGOSTO** 2023

CONCEPTO: APOYO ADMINISTRATIVO DIMF Gestando Futuro Suba san Carlos con 305 cupos dentro del CONTRATO 11005352023

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

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI **NO** X a partir de la fecha Día Mes Año 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: ($ 2.002.630) DOS MILLONES DOS 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:

Margarita Morales Arrieta
Coordinador
C.C.52.356.915

Aprobado por:

Ana Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: **BLANCA MARISOL CORREDOR JIMÉNEZ**
C.C. 52.064.581 BTA
DR. KR 11E # 49-20 SUR / 3123715076 / marisoladora@hotmail.com

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

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

PROGRAMA	D.MF GESTANDO FUTURO SUBA
NOMBRE	BLANCA MARISOL CORREDOR JIMENEZ
CARGO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO
PERIODO y FECHA	AGOSTO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCIÓN AGOSTO		1. Apoyar la organización documental del Talento Humano	1.1. Verificación de Polizas, Talento Humano Nuevo.	3%	4/9/23	1 ok		
			1.2. Verificación de afiliación de Seguridad Social, Talento Humano Nuevo		4/9/23	2 ok		
			1.3. Verificar documentos anexos a la nomina		4/9/23	3 ok		
		2. Manejo registro e informe de plataforma CUENTAME **Nota aclaratoria:** * No se puede egresar participantes sin la toma de talla y peso. *Esto debe ser verificable con el archivo descargado directamente del cuentame	2.1. Cargue de Participantes Nuevos _____ de la UDS delegada	40%	4/9/23	1 ok		
			2.2 Cargue de Talento Humano Nuevo _____ de la UDS delegada		4/9/23	2 ok		
			2.3. Cargue de las formaciones de los participantes, 100% participantes		4/9/23	3 ok		
			2.4 Cargue de formatos de la atencion (RAM)		4/9/23	4 ok		
		3. Sistematización de la información relacionada con los participantes	3.1. Directorio de los participantes actualizado de la UDS delegada. Mes de Julio	10%	4/9/23	1 ok		
			3.2. Actualización de formatos RAM, Refrigerios, Bienestarina y entregada de RPP		4/9/23	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)	5%	4/9/23	1 ok		
			4.2. Carpetas de los participantes vinculados a la UDS _____ Participantes.		4/9/23	2 ok		
			4.3. Organización de archivo físico para lista de espera		4/9/23	3 ok		
		5. Construcción de la nómina recepcion y verificación de la documentación para formalización	5.1. Formato de nómina en excel	10%	4/9/23	1 ok		
			5.2. Chek list de nómina por cargo (100% de los soportes relacionados) de la UDS asignada Proyección Kennedy Jueves 24 Suba Viernes 25		4/9/23	2 ok		
		6. Organización de formatos y material requerido para la operación del programa	6.1. Kardex de ingresos a la bodega y egreso, (Materiales y Dotación)	5%	4/9/23	1 ok		
		7. Solicitud de Refrigerios, Semanal	7.1. Kardex de ingresos y egresos de pedidos de refrigerios	10%	4/9/23	1 ok		
			7.2 Consolidado del mes		4/9/23	2 ok		
			7.3 Diligenciamiento en el drive de la solicitud de pedidos de refrigerios semanal (jueves de cada semana)		4/9/23	3 ok		
		8. Custodia y control de los equipos de computo e impresión y sedes de trabajo	8.1 Relación de fotocopiado e impresiones	5%	4/9/23	1 ok		
			8.2. Actualización y envio de matriz de arreglos locativos		4/9/23	2 ok		
		9. Inventarios 2023	9.1 Realizar la consolidación y actualización de los inventarios en el excell correspondiente	7%	4/9/23	1 ok		
			9.2 Inventario de equipos Audiovisuales.		4/9/23	2 ok		
			9.3. Inventario ICBF		4/9/23	3 ok		
			9.4. Inventario APC_Actualizar lo que llegue en el mes		4/9/23	4 ok		
		10. Organización y relación de servicios públicos y caja menor.	10.1 Formato de relación servicios públicos.	3%	4/9/23	1 ok		
			10.2 Organización AZ con los servicios correspondientes a la UDS		4/9/23	2 ok		
		11. Participar en las dinamicas relacionadas con la operación	11.1. Asegurar y mantener el orden y la limpieza, junto con el equipo de trabajo, de las unidades de servicio	2%	4/9/23	1 ok		
			11.2. Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes		4/9/23	2 ok		
			TOTAL	97%				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	BLANCA MARISOL CORREDOR JIMENEZ
C.C.	52.064.581

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	MARGARITA MORALES ARRIETA
C.C.	52.356.915

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2023-08-24, 12:39:51 PM Tipo Planilla I Número Planilla 1056398254 Referencia pago(PIN) 8833663370

Periodo Cotización 202308 Periodo Servicio 202308

Cliente:

PAGADA 2023-08-24

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	BLANCA MARISOL CORREDOR JIMENEZ				
Documento	CC 52064581	Dirección	CR 11 ESTE #49 - 20 CASA		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3123715076		
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	UNICO	Total Afiliados	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		Identificación			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 52064581		Residente		Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	59	00					CORREDOR JIMENEZ BLANCA MARISOL	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

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

Novedades																				Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos						Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Trasl. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Trasl. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
																0	30	30	30			$ 1.160.000	210201		16 %	$ 1.160.000	$ 185.600	$ 0	$ 0	EPS017		12.5 %	$ 1.160.000	$ 145.000	$ 0	14-11	1	0.522 %	$ 1.160.000	$ 6.100	N/A-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

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

Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellin: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Detalle

$336,700.00

Valor a pagar

Valor Impuesto:	$0.00
Código único de seguimiento:	118655596
Descripción pago:	Transacción en Billetera Tpaga pp-a447c9
Nit del Comercio:	9008365939
Dirección IP:	191.109.160.52
Referencia 1:	02
Referencia 2:	9008365939
Referencia 3:	9876

Regresar al Comercio

Banco de Bogotá

WWW.BANCODEBOGOTA.COM

Nóminas, Proveedores y Libranzas

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

A continuación el detalle de: Resultado - Crear

No. Autorización	12504920	**Fecha de Emisión**	2023/08/30

Origen

Tipo Producto	Cuenta Ahorros		
Nombre Producto Origen	AHO2756	**No. Producto**	*****2756
Fecha Pago	2023/08/30		

Destino

Tipo Identificación	NIT Persona Juridica
No. Identificación	8301079851
Beneficiario	ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA
Valor a Pagar	$40,013,884.00
Entidad Financiera	Banco de Bogotá
Tipo Producto	Cuenta Corriente
Producto Destino	075572156
Tipo Pago	NOMINA
Referencia / No. Factura	
Información Adicional	0680000000000PINF
Estado	En Proceso

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

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

Ciudad: BOGOTÁ Mes: Agosto Día: 30 Año: 2023

CUENTA DE COBRO No. 7

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No.DIMFSUBA-CON002

NOMBRE: MARÍA YANETH LÓPEZ MOLINA
CÉDULA: 52.397.479 DE BOGOTÁ
CUENTA BANCARIA: 237531108 BANCO: BOGOTÁ AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: ($3.258.600) TRES MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS PESOS M/Cte.
PERIODO: FASE DE ATENCIÓN AGOSTO

CONCEPTO: COORDINADORA DIMF SUBA UNIDAD SAN PEDRO CON 300 CUPOS CONTRATO 11005352023

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

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI __ **NO**___ a partir de la fecha Día Mes Año en constancia:
Firmo _____

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($3.258.600) TRES MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS PESOS M/Cte. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Angie Elizabeth Marín Guasca
Coordinador
C.C.52.989.879

Aprobado por:

Ana Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: MARÍA YANETH LÓPEZ MOLINA
C.C. 52.397.479 DE BOGOTÁ.
DR. CR 145 #145 46 INT 39 ETAPA 2/ 321[illegible]104545[illegible] coordinacionapcsanpedro@gmail.com

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

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

PROGRAMA	DNNF GESTANDO FUTURO SUBA
NOMBRE	Maria Yuneth lopez
CARGO	COORDINADOR
PERIODO y FECHA	AGOSTO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCIÓN AGOSTO	4	1. Informe Técnico, que de cuenta de la ejecución de cada una de los componentes en el primer mes de Atención	1.1 Formato 05 contractual (U: entre todos, descuento a la delegada Casilda Arnedo)	20%	1/09/23	OK		
			1.2 Organización Drive: a Unidad con los estándares del Contractual y cargar los soportes Existentes Cargados Mas/no al 5 de Agosto		5/09/23	OK		
			1.3 Formato 16 Acciones (U: Gina) (Emilce)		5/09/23	OK		
			1.4 Actas por seguimiento a: * Acompañamiento a Visitas * Acompañamiento encuentro grupal * Acompañamiento a través de llamadas de verificación R/FP * Acompañamiento y verificación de Carillas Grupales Digitales * Acompañamiento y verificación de Carillas Familiares Digitales		5/09/23	OK		
		2. Velar por mantener el 0% y tener al día el archivo de las mismas	2.1. Matriz de Talento Humano Actualizada - Con Ingresos e ingresos ocurridos en el mes	5%	5/09/23	OK		N/A.
		3. Organizar, Monitorear e informar las especificaciones de la cobertura y población a atender	3.1 Formato Certificación de Cobertura (U: Archivo - Yolima)	10%	5/09/23	OK		
			3.2 Formato población Migrante (U: Ladys - Emilce)		5/09/23	OK		11
			3.3 Formato Desplazados (U: Ladys - Emilce)		5/09/23	OK		N/A
			3.4. Formato Metas Sociales (U: Margalita - Yolima)		5/09/23	OK		
			3.5. Certificado de no ocurrencia de hechos de Violencia		5/09/23	OK		1
		4. Novedades de Ingresos y egresos. Durante el mes	4.1 Formato de Novedades de la UOS _____ Casos, junto con sus soportes	5%	5/09/23	OK		34 nov.
		5. Monitorear el cumplimiento Cuantico al 100% Mensual Nota aclaratoria: No se puede egresar participantes sin la toma de talla y peso	5.1. Cargue de Participantes Nuevos _____de la UOS delegada 100%	5%	5/09/23	OK		34
			5.2. Cargue del 100%Nutricional, participantes Nuevos _____		5/09/23	OK		34
			5.3 Actualización de Talento Humano Nuevo		5/09/23	OK		
			5.4 Cargue de RAM		5/09/23	OK		
			5.5. Cargue de Formación al 100%. (3 formaciones por persona)		5/09/23	OK		
		6. Organizar, Monitorear y acompañar * Entrega de R/FPP * Entrega de Refugiados	6.1. Formatos R/FP - 18 Listados en total_ 3 por profe (Traer los físicos para verificar_ organizados en una AZ legajados por unidad)	15%	6/09/23	OK.		
			6.2 Formatos de Refugiados - 72 listados en total _12 por profe (Traer los físicos para verificar_organizados en una AZ legajados por unidad)		5/09/23	OK		
		7. Liderar, Monitorear y acompañar * Encuentros Grupales a las Familias * Visitas en el Hogar a las Familias	7.1. Formatos RAM. 18 Listados en total_ 3 por profe (Traer los físicos para verificar organizados en una AZ legajados por unidad)	15%	5/09/23	OK		
		8. Consolidación de la nómina recepcion y verificación de la documentacion para formalizacion.	8.1. Formato de nómina en excel Kennedy Jueves 24 Suba Viernes 25	10%	5/09/23	OK		
			8.2. Check list de nómina por cargo (100% de los soportes relacionados) de la UOS asignada		5/09/23	OK		
			8.3. Certificación de cumplimiento de las 18 Personas del equipo. (Verificacion Técnica)		5/09/23	OK		
		10. Programación General	10.1 Cronograma de la unidad _ Encuentro grupales	5%	5/09/23	OK		
			10.2 Cronograma visitas Por Dupla		5/09/23	OK		
			1.3 Proyección Grupos de Estudio con Planeación, Acta Registro fotografico		5/09/23	OK		
			1.4. Grupo Estudio Ubicado por coordi - Primera Semana del mes		5/09/23	OK		
		11. Cargue soportes Contractuales	11.1 Cargar digitales por componente_ Contractuales 10 de cada mes la información vencida o de mes que se cierra	20%	5/09/23	OK		
			11.2 F 23_ Buenas prácticas ambientales		5/09/23	OK		
		12. Mantenimiento y cuidado de las Sedes	12. Matriz de mantenimiento _ Asegurar y mantener el orden y la limpieza y mantenimiento de las sedes	5%				
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	Maria lopez
C.C.	52397479 Bta

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	ANDES TREN
C.C.	

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN	CEDULA DE CIUDADANIA	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	52357479
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL			MARIA YANETH LOPEZ MOLINA
CIUDAD/MUNICIPIO	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN	CL144	TELÉFONO	8614456
TIPO APORTANTE	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE	INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA	Actividades legislativas y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA			45141527 41	TIPO DE PLANILLA			INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACION OTROS	MES	AÑO	2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES	AÑO	2023
DIAS DE MORA			6				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)			2023/05/24	NUMERO AUTORIZACIÓN			9999036947

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230501	230501-SKANDIA OBLIGATORIO	1	$ 300.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.500	$ 0	$ 300.800	$ 1.500	$ 210.100
SUBTOTALES:										$ 300.800	$ 1.500	$ 210.100

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR APORTES	COTIZACIÓN	VALOR APORTES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPSS17	EPSS17-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 163.000	$ 0	$ 1.100	$ 0	$ 163.000	$ 1.100	$ 0	$ 164.100
SUBTOTALES:													$ 163.000	$ 1.100	$ 0	$ 164.100

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

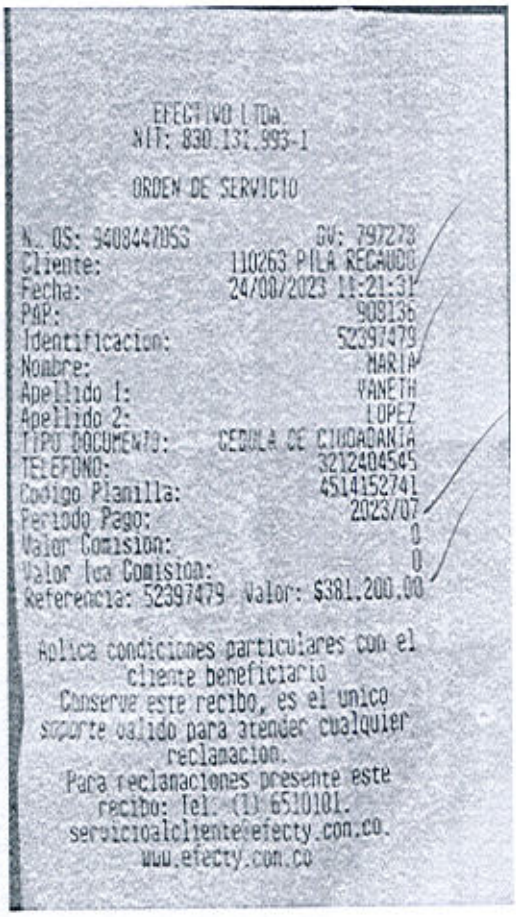
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN		APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0		$ 6.900	$ 6.900	$ 100	$ 0	$ 7.000
SUBTOTALES:										$ 6.900	$ 100	$ 0	$ 7.000

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES							
																										PENSIÓN								SALUD						ARP															
Nº	IDENTIFICACION	APORTANTE	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EN EXTRANJERO	TRASLADO TRASLADADO	IRP	INGRESO	RETIRO	TDE	TAE	TDP	TAP	COLPENSIONES	AVP	VSP	VTE	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	PRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACION	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACION	VALOR AERES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF APORTE	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINED TOTAL APORTE
1	CC 52357479	LOPEZ MOLINA MARIA YANETH	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE		$ 1.300.440					NO																230501-SKANDIA OBLIGATORIO	30	1.303.440	$ 300.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 300.800	EPSS17-FAMISANAR	30	1.303.440	$ 163.000	$ 0	$ 163.000	14-11 - ARL SURA	30	1.303.440		$ 6.900															

TOTAL	$ 381.200

Planilla Pagada



EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9408447053 OV: 797273
Cliente: 110263 PILA RECAUDO
Fecha: 24/08/2023 11:21:31
PdP: 908136
Identificacion: 52397479
Nombre: MARIA
Apellido 1: YANETH
Apellido 2: LOPEZ
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO: 3212404545
Codigo Planilla: 4514152741
Periodo Pago: 2023/07
Valor Comision: 0
Valor Iva Comision: 0
Referencia: 52397479 Valor: $381.200,00

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Para reclamaciones presente este recibo: Tel: (1) 6510101.
servicioalcliente@efecty.com.co.
www.efecty.com.co

Ciudad: BOGOTÁ D.C Mes: Agosto Día: 30 Año: 2023

CUENTA DE COBRO No. 7

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
DIMF SUBA No. CON022

NOMBRE: ADRIANA JANNETH RODRIGUEZ HERRERA
CEDULA: 52.232.758
CUENTA BANCARIA: 327250239 BANCO: BOGOTA AHORRO X CORRIENTE ___
LA SUMA DE: PERIODO: ($ 2.296.800) DOS MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS PESOS M/CTE
PERIODO: FASE DE ATENCIÓN AGOSTO 2023

CONCEPTO: AGENTE PEDAGÓGICO DIMF SUBA UNIDAD SAN PEDRO CON 50 CUPOS CONTRATO 11005352023

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

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI __ NO_X__ a partir de la fecha Día Mes Año 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:

María Yaneth López Colina
Coordinador
C.C. 52.397.479 de Bogotá

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Adriana Rodriguez

NOMBRE: Adriana Janneth Rodríguez Herrera
CC: 52.232.758
Calle 55 #77b – 24 TEL:3138811742 Correo: adriroh29@hotmail.com

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

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

PROGRAMA	DMF GESTANDO FUTURO SUBA
NOMBRE	ADRIANA JANNETH RODRIGUEZ
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	AGOSTO

FASE	PASO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION AGOSTO	7	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales 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) 14 de Agosto	10%		1		
			1.2 Cartilla digital: i. Parte uno comprendiendo al 100% diligenciada, 14 Agosto ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada. 14 Agosto iii Diligenciamiento de la parte dos. Priorización de Practicas. 14 Agosto iv. Diligenciamiento de la movilizacion social: Agosto Cometa de sueños	5%		2 i ii iii iv		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DMF) 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) - historica desde la primera atencion	5%		1		
			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.	5%		2		
			2.3 Cartilla digital Parte uno: i. Conocidonos al 100% diligenciada, ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada. iii. Seguimiento al desarrollo, escala de valoración iv. Parte 5 Seguimiento a situaciones de riesgo diligenciada	5%		3 i ii iii iv		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en físico como en drive (50)	3.1 Formato de uso de imagenes y de inscripción de ICBF	3%		1		
			3.2 Formato compromiso entrega de documentos a todos los participantes	2%		2		
		4. Ingresos y Egresos 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 Agosto 15	5%		1		
			4.2 Soportes de egresos (con la aprobación de la (coordinación) Agosto 15	5%		2		
			4.3 Soportes de ingresos (soporte subida al drive correspondiente: RC del participante, cédula del acudiente, recibo de servicio público de la vivienda, carnet vacunas, crecimiento y desarrollo, vinculación EPS y compromisos de acuerdo a los documentos (priorizar) 15 Agosto	5%		3		
		5 Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios Pop y Sistematina sin tachones ni enmendaduras.	5.1 Formato Ram	2%		1		
			5.2 Refrigerios	2%		2		
			5.3 Formato RPP	2%		3		
			5.4 Fotografías uno a uno de la entrega de RPP - en power Point	2%		4		
			5.5 Formato de Sistematina Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni enmendaduras	2%		5		
		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) y subido al drive	5%		1		
			6.2 Formato de compromiso de documentos con los seguimientos respectivos en físico y subido al drive correspondiente del grupo de atención	2%		2		
			6.3 Formatos de novedades y compromisos de entregas documentales firmado por las familias (formato APC)	3%		3		
		7. Entrega y socialización de las escalas	7.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que aplique para el mes Agosto__ (documento en físico en las carpetas y escaneado en la carilla digital del participante) (Segunda aplicacion ingresos Febrero y primera ingresos Mayo)	5%		1		
			7.2 Socializacion de la escala ____ (participantes ingresos abril)	5%		2		
		8. Informe de caracterizacion de practicas de acuerdo con el F7	8.1 Informe y analisis con base en las graficas que arroja el F7 grupal	5%		1		
			8.2 Informe y analisis con base en las graficas que arroja el F7 individual	5%		2		
		9. Generar espacios y ambientes enriquecidos que falciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UOS y a los microproyectos.	9.1 Ambientación de espacios físicos de la UOS acorde al proyecto pedagogico del territorio y tematica del mes.	1%		1		
			9.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica	2%		2		
			9.3 Buen uso de los materiales de consumo que se emplean para la ambientación	2%		3		
		10. Participar y apoyar en las dinamicas relacionales con la operación.	10.1 Asegurar y mantenar el orden y la limpieza, junto con el equipo de trabajo, de las unidades de servicio	2%		1		
			10.2 Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes	3%		2		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Adriana R
NOMBRE:	Adriana Rodriguez
C.C.	52232758

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	MARIA YANETH LOPEZ MOLINA
C.C.	52.307.473

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 52232758		RODRIGUEZ HERRERA ADRIANA JANNETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 55 77b-24 torre 6	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3138811742	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-07	2023-07	1000001044	94541731145	I	2023/08/15	2023/08/09	BANCO DE 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	52232758	RODRIGUEZ ADRIANA	231001	30 $1,160,000	$185,600	EPS001	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

2023/08/09 03:23 PM

¡Tu pago fue exitoso!

Número de autorización: 006702

Fecha y hora: 09/08/23 - 12:49

Planilla As Aportes En Linea

No. de planilla 9454173145

Valor	$ 336.700 ,00
Costo de la transacción	Gratis

Banco de Bogotá
TRANSACCIÓN OFICIAL
PAGADO

El pago se realizó desde:

Cuenta de Ahorros

No. 327250239

Realizar nuevo pago

Ciudad: BOGOTÁ Mes: AGOSTO Día: 30 Año:2023

CUENTA DE COBRO No. 7

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. DIMF SUBA-CON 023

NOMBRE: INGRYD JULIETH MONROY NEVA
CEDULA: 1.019.048.120 BOGOTÁ.
CUENTA BANCARIA: 237531546 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 AGOSTO 2023

CONCEPTO:

AGENTE PEDAGOGICO DIMF SUBA, UNIDAD SAN PEDRO, CON 50 CUPOS CONTRATO 11005352023

El Contratista ha desarrollado las obligaciones objeto del CONTRATO con total independencia y autonomia, 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 _____

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:

Maria Yaneth López Molina
Coordinador
C.C.52.397.479 Bogotá

Aprobado por:

Ana Rocio Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: INGRYD JULIETH MONROY NEVA
C.C. 1.019.048.120. DE BOGOTÁ
DR. Calle128a#89-99 / 310-5603093 / ingrydmonroyneva0407@gmail.com

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

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

PROGRAMA	DIMF [illegible] NDO FUTURO SUBA
NOMBRE	INGRYD JULIETH MONROY NEVA
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	AGOSTO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION AGOSTO	6	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales **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) 14 de Agosto	10%	9/06/23	1 OK		
			1.2 **Cartilla digital** i. Parte uno conociendonos al 100% diligenciada. 14 Agosto ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada. 14 Agosto iii Diligenciamiento de la parte dos Priorización de Practicas. 14 Agosto iv. Diligenciamiento de la movilizacion social. Agosto Cometa de sueños	5%	9/06/23	2 OK i OK ii OK iv OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de minimo 60 minutos de formación (DIMF) **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) - historica desde la primera atencion	5%	9/06/23	1 OK		
			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	5%	9/06/23	2 OK		
			2.3 Cartilla digital Parte uno i. Conociendonos al 100% diligenciada ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada. iii. Seguimiento al desarrollo, escala de valoración iv. Parte 5 Seguimiento a situaciones de riesgo diligenciada	5%	6/09/23	3 OK i OK ii OK iv OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en fisico como en drive (50)	3.1 Formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF	3%	6/09/23	1 OK		
			3.2 Formato compromiso entrega de documentos a todos los participantes	2%	6/09/23	2 OK		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo el el ultimo viernes de cada mes sus ingesos y egresos ____ durante el mes de Abril	4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes Agosto 15	5%	6/09/23	1 OK		
			4.2 Soportes de egreso (con la aprobación de la coordinación) Agosto 15	5%	6/09/23	2 OK		
			4.3 Soportes de ingreso (soportes subidos al drive correspondiente RC del participante, cédula del acudiente, recibo de servicio publico de la vivienda, carnet vacunas, crecimiento y desarrollo, vinculacion a EPS y compromisos de acuerdo a los documentos pendientes) 15 Agosto	5%	6/09/23	3 OK		
		5 Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras	5.1 Formato Ram	2%	6/09/23	1 OK		
			5.2 Refrigerios	2%	6/09/23	2 OK		
			5.3 Formato RPP	2%	6/09/23	3 OK		
			5.4 Fotografias uno a uno de la entrega de RPP - en power Point	2%	6/09/23	4 OK		
			5.5 Formato de Bienestarina Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni enmendaduras	2%	6/09/23	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) y subido al drive	5%	6/09/23	1 OK		
			6.2 Formato de compromiso de documentos con los seguimientos respectivos en fisico y subido al drive correspondiente del grupo de atención	2%	6/09/23	2 OK		
			6.3 Formatos de novedades y compromisos de entregas documentales firmado por las familias (formato APC)	3%	6/09/23	3 OK		
		7. Entrega y socializacion de las escalas	7.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que aplique para el mes Agosto__ (documento en fisico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante) (Segunda aplicacion ingresos Febrero y primera ingresos Mayo)	5%	6/09/23	1 OK		
			7.2 Socializacion de la escala ____ (participantes ingresos abril)	5%	6/09/23	2 OK		
		8. Informe de caracterizacion de practicas de acuerdo con el F7	8.1 Informe y analisis con base en las graficas que arroja el F7 grupal	5%	6/09/23	1 OK		
			8.2 Informe y analisis con base en las graficas que arroja el F7 individual	5%	6/09/23	2 OK		
		9. Generar espacios y ambientes enriquecidos que falicten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS y a los microproyectos	9.1 Ambientación de espacios fisicos de la UDS acorde al proyecto pedagogico del territorio y tematica del mes	1%	6/09/23	1 OK		
			9.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica	2%	6/09/23	2 OK		
			9.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación	2%	6/09/23	3 OK		
		10. Participar y apoyar en las dinamicas relacionadas con la operación	10.1 Asegurar y mantener el orden y la limpieza, junto con el equipo de trabajo, de las unidades de servicio	2%	6/09/23	1 OK		
			10.2 Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes	3%	6/09/23	2 OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	[signature]
NOMBRE:	INGRYD JULIETH MONROY NEVA
C.C.	1019048120 BTA

FIRMA COORDINADORA	[signature]
NOMBRE:	MARIA YANETH LOPEZ MOLINA
C.C.	52.397.479

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 1019048120		MONROY NEVA INGRITH JULIETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 129 102 05	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6822964	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-07	2023-07	108608782	9453835512	I	2023/08/04	2023/08/17	NEQUI	13	$341,800

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	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1019048120	MONROY NEVA INGRYD JULIETH																		25-14	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	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

2023/08/17 02:00 PM

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 1019048120		MONROY NEVA INGRITH JULIETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 129 102 05	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6822964	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-07	2023-07	108608782	9453835512	I	2023/08/04	2023/08/17	NEQUI	13	$341,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$185,600	$2,800	$0	$188,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$185,600	$2,800	$0	$188,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,100	$100	$0	$6,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$6,100	$100	$0	$6,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,000	$2,200	$0	$147,200
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$145,000	$2,200	$0	$147,200
TOTAL				**1**	**$336,700**	**$5,100**	**$0**	**$341,800**

2023/08/17 02:00 PM

Pagos PSE de Nequi

Pago Realizado

Descripcion

Pago de la planilla de aportes con clave:
9453835512

Tienda
APORTES EN LINEA

referencia de pago
108608782

Precio
$341,800

número de referencia 1
191.108.59.207

número de referencia 2
CC

número de referencia 3
1019048120

¿De dónde salió tu plata?

disponible

Entendido

Imprimir

ayuda
(https://ayuda.nequi.com.co/hc/es/articles/11116508345229)

¿Tienes alguna pregunta?

Telefono
300-600-01-00 (tel:3006000100)

Correo
escribe@nequi.co ()

Ciudad: BOGOTÁ D.C Mes: Agosto Día: 30 Año: 2023

CUENTA DE COBRO No. 7

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
DIMF SUBA No. CON022

NOMBRE: LILIA ESPERANZA GUANA SANCHEZ
CEDULA: 21.088.262
CUENTA BANCARIA: 237531488 BANCO: BOGOTA AHORRO X CORRIENTE ___
LA SUMA DE: PERIODO: ($ 2.296.800) DOS MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS PESOS M/CTE
PERIODO: FASE DE ATENCIÓN AGOSTO 2023

CONCEPTO: Agente Pedagógico DIMF SUBA UNIDAD SAN PEDRO CON 50 CUPOS CONTRATO 11005352023

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

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI __ **NO_X__** a partir de la fecha Día Mes Año 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:

María Yaneth López Colina
Coordinador
C.C. 52.397.479 de Bogotá

Aprobado por:

Ana Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Lilia Esperanza Guana S.
NOMBRE: LILIA ESPERANZA GUANA SÁNCHEZ
CC: 21.088.262
DR. Kra 127c No 143 92 TEL:3212702627 Correo:leguana80@gmail.com

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

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

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO NUNA
NOMBRE	ESPERANZA GUAVA
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	AGOSTO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION AGOSTO	6	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales 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 almas correspondientes (Formato ICBF) 14 de Agosto	10%	6/09/23	1 OK		
			1.2 Cartilla digital: i. Parte uno: conociendonos al 100% diligenciada, 14 Agosto ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, 14 Agosto iii. Diligenciamiento de la parte dos: Priorización de Practicas, 14 Agosto iv. Diligenciamiento de la movilización social: Agosto Cometa de sueños	5%	6/09/23	2 OK iii OK iv OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF) 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) - historica desde la primera atencion	5%	6/09/23	1 OK		
			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	5%	6/09/23	2 OK		
			2.3 Cartilla digital Parte uno: i. Conociendonos al 100% diligenciada, ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, iii. Seguimiento al desarrollo, escala de valoración iv. Parte 5 Seguimiento a situaciones de riesgo diligenciada	5%	6/09/23	3 OK ii OK iii OK iv OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en físico como en drive (50)	3.1 Formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF	3%	6/09/23	1 OK		
			3.2 Formato compromiso entrega de documentos a todos los participantes	2%	6/09/23	2 OK		
		4. Ingresos y Egresos 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 Agosto 15	5%	6/09/23	1 OK		
			4.2 Soportes de egreso (con la aprobación de la coordinación) Agosto 15	5%	6/09/23	2 OK		
			4.3 Soportes de ingreso (soportes subidos al drive correspondiente RC del participante, cédula del acudiente, recibo de servicio público de la vivienda, carnet vacunas, crecimiento y desarrollo, vinculacion EPS y compromisos de acuerdo a los documentos pendientes) 15 Agosto	5%	6/09/23	3 OK		
		5.Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios,Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.	5.1 Formato Ram	2%	6/09/23	1 OK		
			5.2 Refrigerios	2%	6/09/23	2 OK		
			5.3 Formato RPP	2%	6/09/23	3 OK		
			5.4 Fotografías uno a uno de la entrega de RPP - en power Point	2%	6/09/23	4 OK		
			5.5 Formato de Bienestarina Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni enmendaduras	2%	6/09/23	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) y subido al drive	5%	6/09/23	1 OK		
			6.2 Formato de compromiso de documentos con los seguimientos respectivos en físico y subido al drive correspondiente del grupo de atención	2%	6/09/23	2 OK		
			6.3 Formatos de novedades y compromisos de entregas documentales firmado por las familias (formato APC)	3%	6/09/23	3 OK		
		7. Entrega y socializacion de las escalas	7.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que aplique para el mes Agosto__ (documento en físico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante) (Segunda aplicación ingresos Febrero y primera ingresos Mayo)	5%	6/09/23	1 OK		
			7.2 Socializacion de la escala ____ (participantes ingresos abril)	5%	6/09/23	2 OK		
		8. Informe de caracterizacion de practicas de acuerdo con el F7	8.1 Informe y analisis con base en las graficas que arroja el F7 grupal	5%	6/09/23	1 OK		
			8.2 Informe y analisis con base en las graficas que arroja el F7 individual	5%	6/09/23	2 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 y tematica del mes.	1%	6/09/23	1 OK		
			9.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica.	2%	6/09/23	2 OK		
			9.3 Buen uso de los materiales de consumo que se emplean para la ambientación	2%	6/09/23	3 OK		
		10. Participar y apoyar en las dinamicas relacionadas con la operación.	10.1 .Asegurar y mantener el orden y la limpieza, junto con el equipo de trabajo, de las unidades de servicio	2%	6/09/23	1 OK		
			10.2. Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes	3%	6/09/23	2 OK		
			TOTAL	100%	6/09/23	3 OK		

FIRMA CONTRATISTA	Lilia Esperanza Guevara
NOMBRE:	Lilia Esperanza Guevara
C.C.	21.086262

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	MARIA YANETH LOPEZ MOLINA
C.C.	52.397.479

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2023-08-20, 02: PM | Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES | Número Planilla: 1056184683

Periodo Cotización: julio de 2023 | Periodo Servicio: julio de 2023 | Referencia pago 8845626820

PAGADA 16/08/2023

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LILIA ESPERANZA GUANA SANCHEZ		
Documento	CC21088262	Dirección	CRA 127 C 143 92
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	6883191
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	UNICA
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	VSP	VST	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	CUNE	VCT	SUSP	RUM	LMA	VACI	AUSP	VCT	IRP	Dias AFP	Dias EPS	Dias ARP	Dias CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte Sena	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 21088262	LILIA ESPERANZA GUANASANCHEZ	59	0																		0	30	30	0	COLPENSIONES	$1.160.000	$165.600	FAMISANAR EPS	$1.160.000	$145.000	0.00522	$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 Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades,licencias,saldos a Favor)	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$1.160.000	$1.160.000	$1.160.000	$0	$165.600	$145.000	$6.100	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$336.700	$600	$337.300

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! 1

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT 830.131.393-1
Calle 96 No. 12-55 Bogota

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 9405655006 [illegible]

Cajero: [illegible]

Cliente beneficiario:
11525/ PLANILLAS NUM Agotle/ en linea
Apos Compensar Asopagos [illegible]

Fecha: 15/06/2023 17:45:45

PS Recaudado:
993422 SOMA TRANSITIVES [illegible] : (1)

Cantidad cupones: 1

Nombre: LILIA
Apellido 1: GUARIN
NUM PLANILLA: [illegible]
TIPO DE IDENTIFICACION: CUIDADANIA

NUMERO IDENTIFICACION: [illegible]
PERIODO: 202307
Referencia 3845626820
Valor $337.300.00

Valor recibido: $337.300.00
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 su parte, de la prestacion de este servicio, entiendase que manifiesta verbalmente su autorizacion para el tratamiento de los datos personales que voluntariamente ha entregado a efectivo ltda.. Estos datos pueden ser utilizados unica y exclusivamente para la prestacion del servicio convenido.
Lineas de servicio al cliente: (1)
6510101
Servicioalcliente@efecty.com.co
www.efecty.com.co

Ciudad: BOGOTÁ D.C Mes: Agosto Día: 30 Año: 2023

CUENTA DE COBRO No. 7

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
DIMF SUBA No. CON040

NOMBRE: NANCY DISNEY CALVO GUERRERO
CEDULA: 24.717.310
CUENTA BANCARIA: 621094762 BANCO: BOGOTA AHORRO X CORRIENTE ___
LA SUMA DE: PERIODO: ($ 2.296.800) DOS MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS PESOS M/CTE
PERIODO: FASE DE ATENCIÓN AGOSTO 2023

CONCEPTO: AGENTE PEDAGÓGICO DIMF SUBA UNIDAD SAN PEDRO CON 50 CUPOS CONTRATO 11005352023

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

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI __ **NO_X__** a partir de la fecha Día Mes Año 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:

María Yaneth López Molina
Coordinador
C.C. 52.397.479

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: NANCY DISNEY CALVO GUERRERO
CC: 24.717.310
DR. CRA 150 # 139-32 Tel:3196960644 Correo: nancy.dcalvo@gmail.com

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

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

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO SUBA
NOMBRE	NANCY D. CALVO GUERRERO
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	AGOSTO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
			1.1 Planeación Grupal, con las cuatro planeaciones de las áreas correspondientes (Formato ICBF) 14 julio	10%	6/09/23	OK		
ATENCION AGOSTO	7	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales **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) 14 de Agosto	10%	6/09/23	1 OK		
			1.2 Cartilla digital i. Parte uno: conociendonos al 100% diligenciada. 14 Agosto ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada. 14 Agosto iii Diligenciamiento de la parte dos: Priorización de Practicas. 14 Agosto iv. Diligenciamiento de la movilizacion social. Agosto Cartel de sueños	5%	6/09/23	2 OK I OK II OK III OK IV OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF) **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) - historica desde la primera atencion	5%	6/09/23	1 OK		
			2.2 Cronograma de visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 u/a encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente	5%	6/09/23	2 OK		
			2.3 Cartilla digital Parte uno i. Conociendonos al 100% diligenciada, ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, iii. Seguimiento al desarrollo, escala de valoración iv. Parte 5 Seguimiento a situaciones de riesgo diligenciada	5%	6/09/23	3 OK I OK II OK III OK IV OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en fisico como en drive (50)	3.1 Formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF	3%	6/09/23	1 OK		
			3.2 Formato compromiso entrega de documentos a todos los participantes.	2%	6/09/23	2 OK		
		4. Ingresos y Egresos 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 Agosto 15	5%	6/09/23	1 OK		
			4.2 Soportes de egreso (con la aprobacion de la coordinación) Agosto 15	5%	6/09/23	2 OK		
			4.3 Soportes de ingreso (soportes subidos al drive correspondiente: RC del participante, cédula del acudiente, recibo de servicio público de la vivienda, carnet vacunas, crecimiento y desarrollo, vinculacion EPS y compromisos de acuerdo a los documentos pendientes) 15 Agosto	5%	6/09/23	3 OK		
		5 Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios,Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras	5.1 Formato Ram	2%	6/09/23	1 OK		
			5.2 Refrigerios	2%	6/09/23	2 OK		
			5.3 Formato RPP	2%	6/09/23	3 OK		
			5.4 Fotografias uno a uno de la entrega de RPP - en power Point	2%	6/09/23	4 OK		
			5.5 Formato de Bienestarina Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni enmendaduras	2%	6/09/23	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) y subido al drive	5%	6/09/23	1 OK		
			6.2 Formato de compromiso de documentos con los seguimientos respectivos en fisico y subido al drive correspondiente del grupo de atención	2%	6/09/23	2 OK		
			6.3 Formatos de novedades y compromisos de entregas documentales firmado por las familias (formato APC)	3%	6/09/23	3 OK		
		7. Entrega y socializacion de las escalas	7.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que aplique para el mes Agosto__ (documento en fisico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante) (Segunda aplicacion ingresos Febrero y primera ingresos Mayo)	5%	6/09/23	1 OK		
			7.2 Socializacion de la escala ____ (participantes ingresos abril)	5%	6/09/23	2 OK		
		8. Informe de caracterizacion de practicas de acuerdo con el F7	8.1 Informe y analisis con base en las graficas que arroja el F7 grupal	5%	6/09/23	1 OK		
			8.2 Informe y analisis con base en las graficas que arroja el F7 individual	5%	6/09/23	2 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 fisicos de la UDS acorde al proyecto pedagogico del territorio y tematica del mes.	1%	6/09/23	1 OK		
			9.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica.	2%	6/09/23	2 OK		
			9.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación	2%	6/09/23	3 OK		
		10. Participar y apoyar en las dinamicas relacionadas con la operación.	10.1 Asegurar y mantener el orden y la limpieza, junto con el equipo de trabajo, de las unidades de servicio	2%	6/09/23	1 OK		
			10.2 Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes	3%		2 OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Nancy D. Calvo G.
NOMBRE:	NANCY D. CALVO GUERRERO
C.C.	24.717.310

FIRMA COORDINADOR	
NOMBRE:	MARIA YANETH LOPEZ MOLINA
C.C.	52.397.479

soi

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN	CÉDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	[illegible]
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL			NANCY DISNEY CALVO GUERRERO
CIUDAD/MUNICIPIO	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO	BOGOTA , DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN	[illegible]	TELÉFONO	7777777
TIPO APORTANTE	[illegible] INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE	INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA	[illegible]
FORMA DE PRESENTACIÓN	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA		4507452934	TIPO DE PLANILLA	I INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES [illegible] AÑO	2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES [illegible] AÑO 2023
DÍAS DE MORA		[illegible]		
FECHA PAGO (aaaammdd)		[illegible]	NÚMERO AUTORIZACIÓN	[illegible]

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 - PORVENIR	1	$ [illegible]	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.200	$ 0	$ [illegible]	$ [illegible]	$ [illegible]
SUBTOTALES:										$ [illegible]	$ [illegible]	$ [illegible]

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
EPS005	EPS005 SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ [illegible]	$ 0	$ 1.000	$ 0	$ [illegible]	$ 1.000	$ 0	$ [illegible]
SUBTOTALES													$ [illegible]	$ 1.000	$ 0	$ [illegible]

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD ATEP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD ATEP 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	$ [illegible]	$ [illegible]	$ 100	$ 0	$ [illegible]
SUBTOTALES:									$ [illegible]	$ 100	$ 0	$ [illegible]

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

Datos del cotizante y novedades:

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EN EL EXTERIOR	EXONERADO REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC [illegible]	CALVO GUERRERO NANCY DISNEY	INDEPENDIENTE CON CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.160.000			NO															

Seguridad social – Pensión:

ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
230201-PORVENIR	30	$ 1.160.000	$ [illegible]	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ [illegible]

Seguridad social – Salud y ARP:

SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.160.000	$ [illegible]	$ 0	$ [illegible]	14-11-ARL SURA	30	$ 1.160.000	[illegible]	$ [illegible]

Parafiscales:

DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 339.100

Planilla Pagada

EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT 830.131.903-1
Calle 96 No. 12-55 Bogota

ORDEN DE SERVICIO

No OS. 9403375200 DV: 572058

Cajero: UASAMABE

Cliente beneficiario:
170263 PILA RECAUDO

Fecha: 09/08/2023 12:12:29

PS Recaudador:
952434 SUBA BERLIN PARQUE CR 145

Cantidad cupones: 1

Identificacion: 24717310

Nombre: NANCY
Apellido 1: CALVO
Apellido 2: GUERRERO
TIPO DOCUMENTO: CIUDADANIA
[TELEFONO]: 3195960644
Codigo Planilla: 4507452934
Periodo Pago: 2023/07
Valor Comision: 0
Valor Iva Comision: 0

Referencia	Valor
24717310	$339.100.00

Valor recibido: $339.100.00
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, 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 contratado.

Linea de servicio al cliente: (1) 6510101

servicioalcliente@efecty.com.co
www.efecty.com.co

Ciudad: BOGOTÁ D.C Mes: Agosto Día: 30 Año: 2023

CUENTA DE COBRO No. 3

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. DIMF SUBA CON 132

NOMBRE: YEIMY LORENA GARCIA GUTIERREZ
CEDULA: 1.015.438.024
CUENTA BANCARIA: 802345249 BANCO: BOGOTA AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: ($2.296.800) Dos Millones doscientos Noventa y Seis Mil Ochocientos Pesos M/Cte.
PERIODO: Fase Agosto 2023

CONCEPTO: Agente educativo DIMF Suba, Unidad Santa Pedro con 50 Cupos Contrato # 11005352023

El Contratista ha desarrollado las obligaciones objeto del CONTRATO con total independencia y autonomía, frente a la Asociación Profesionales de Colombia, razón por la cual no constituye 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 _____

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 dos cientos 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:

Maria Yaneth Lopez Molina
Coordinadora
C.C. 52.397.479

Aprobado por:

Ana Rocio Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Yeimy Lorena Garcia

Nombre:Yeimy Lorena Garcia Gutiérrez
C.C.1.015.438.024
Calle 128 b bis a # 91-29 Barrio Suba Rincón **Tel.**3208964389 **Correo.**Yeimyj3001@gmail.com

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

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

PROGRAMA	DMF GESTANDO FUTURO SUBA
NOMBRE	Yeimy Lorena Garcia Gutierrez
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	AGOSTO

FASE	FASE No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
			1.1 Planeación Grupal, con los cuatro planeadores de las 4 sesiones correspondientes (Formato CGF) 14 julio	10%	9/06/23	OK		
ATENCION AGOSTO	3	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales 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 los cuatro planeadores de las 4 sesiones correspondientes (Formato CGF) 14 de Agosto	10%	9/06/23	OK		
			1.2 Cartilla digital i. Parte uno: conociendonos al 100% diligenciada. 14 Agosto ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada 14 Agosto iii. Diligenciamiento de la parte dos: Priorización de Practicas 14 Agosto iv. Diligenciamiento de la matriz de intervención social Agosto Cometa de cuidado	5%	9/06/23	OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 90 minutos de formación (CGF). 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 - cargarlo en el cuaderno digital en el drive correspondiente - de acuerdo al grupo atareo) - 15 días desde la primera atención	5%	9/06/23	OK		
			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 acción correspondiente.	5%	9/06/23	OK		
			2.3 Cartilla digital Parte uno: i. Conociendonos al 100% diligenciada. ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada. iii. Seguimiento al desarrollo escala de valoración iv. Parte 5 Seguimiento a situaciones de riesgo diligenciada	5%	9/06/23	OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentación requerida tanto en física como en drive (50)	3.1 Formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF	2%	9/06/23	OK		
			3.2 Formato compromiso entrega de documentos a todos los participantes	2%	9/06/23	OK		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo si el último informe de esta mes sus ingresos y egresos ____ durante el mes de ejecución	4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes Agosto 15	5%	9/06/23	OK		
			4.2 Soportes de egresos con la aprobación de la coordinación Agosto 15	5%	9/06/23	OK		
			4.3 Soportes de ingresos (si aplica) cargados al drive correspondiente del participante, (factura del acueducto, recibo de servicios públicos de la vivienda, carnet vacunas, crecimiento y desarrollo, resolucion EPS y comprobantes de asistencia a los encuentros pendientes) 15 Agosto	5%	9/06/23	OK		
		5 Entrega de Formatos de Rum, Refrigerios,Pps y Bienestarina sin fechas ni enmendaduras	5.1 Rum	2%	9/06/23	OK		
			5.2 refrigerios	2%	9/06/23	OK		
			5.3 Formato RIPP	2%	9/06/23	OK		
			5.4 Fotografias una a una de entrega de RIPP - en power point	2%		OK		
			5.5 Formato de Bienestarina Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni enmendaduras	2%	9/06/23	OK		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, pilga, o falta de algun documento	6.1 Formato de novedades en fisico por grupo de atencion (si aplica) y subido al drive	5%	9/06/23	OK		
			6.2 Formato de compromiso de documentos con los seguimientos respectivos en fisico y subido al drive correspondiente del grupo de atención	2%	9/06/23	OK		
			6.3 Formatos de novedades y compromisos de entregas documentales firmado por las familias (formato NPC)	2%	9/06/23	OK		
		7. Entrega y socialización de las escalas	7.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que aplique para el mes Agosto (documento en fisico en las carpetas y escaneada en la cartilla digital del participante) (Segunda aplicación Ingresos Febrero y primera ingresos Marzo)	5%	9/06/23	OK		
			7.2 Socialización de la escala ____ (participantes ingresos abril)	5%	9/06/23	OK		
		8. Informe de caracterización de practicas de acuerdo con el PT	8.1 Informe y analisis con base en las graficas que arroja el PT grupal	5%	9/06/23	OK		
			8.2 Informe y analisis con base en las graficas que arroja el PT individual	5%	9/06/23	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 y la rutina del mes	1%	9/06/23	OK		
			9.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica.	2%	9/06/23	OK		
			9.3 Buen uso de los materiales de consumo que se emplean en la ambientación	2%	9/06/23	OK		
		10. Participar y apoyar en las diversas relacionadas con la operación.	10.1 Asegurar y mantener el orden y la limpieza, para con el equipo de trabajo, de las unidades de servicio	2%	9/06/23	OK		
			10.2 Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes	3%	9/06/23	OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Yeimy Garcia
NOMBRE:	Yeimy Garcia Garcia
C.C.	1075439024

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	LEIDY LIZETH SUAREZ SOLORZA
C.C.	1014214751

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	1015438024	YEIMY LORENA GARCIA GUTIERREZ		Calle 126 b bis a # 51-29	3208964389	yeimyj3001@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA

PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-07	2023-07	1	09/08/2023	59038309	$344.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colaborador	Aportante	Actividad Independiente	Cotizante Exterior	Planilla	Ing	Retiro	TDP	TDA	TAE	TDP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COMPLEMENTARIOS	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario a Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Ent Fiscal / 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	1015438024	GARCIA GUTIERREZ YEIMY LORENA	Cli	0		N	C																	230201	1.160.300	185.600	0	0	0	0	EPS017	1.160.300	14000	14-11	1.160.300	1	6.100	CCF21	1.160.300	7.000	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	1015438024	YEIMY LORENA GARCIA GUTIERREZ		Calle 128 b bis a # 11-29	3208964389	yeimyj3001@gmail.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	
2023-07	2023-07	I	09/08/2023	89938339	$344.400	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	145.000	0		0		0	1	200	0	145.200	1

TOTALES PENSIÓN											
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	185.600	0	0	0	0	1	300	0	185.900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES														
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	6.100				6.100	1	100	6.200			61	6.261	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	7.000	1	100	7.100	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de ISE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	145.000	145.200
Pensión	1	185.600	185.900
Riesgos Laborales	1	6.100	6.200
CCF	1	7.000	7.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	343.700	344.400

PAGADA

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

← **Comprobante**

Movimiento hecho en:

NEQUI

Número de referencia

M7398755

Pago realizado

Pago en

Compensar-oi

¿Cuánto?

$ 344.400,00

Fecha

08 de agosto de 2023 a las 10:07 p. m.

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

Ciudad: BOGOTÁ D.C Mes: Agosto Día: 30 Año: 2023

CUENTA DE COBRO No. 7

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. DIMF SUBA CON027

NOMBRE: Yessica Paola Rodríguez Arias
CEDULA: 1.019.088.479
CUENTA BANCARIA: 621094838 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 Agosto 2023

CONCEPTO: Agente Pedagógica Perfil 1 DIMF Suba, Unidad San Pedro con 50 Cupos
Contrato # 11005352023

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

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI __ **NO_X__** a partir de la fecha Día Mes Año 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:

María Yaneth López Molina
Coordinadora
C.C. 52.397.479

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Yessica Rodriguez

Nombre: **Yessica Paola Rodríguez Arias**
C.C. 1.019.088.479
Dr. Calle 133 #154a-84 **Tel.** 3227147721 **Correo.** yessicaprodrigueza@gmail.com

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

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

PROGRAMA	DESARROLLANDO TU CAMINO SUBA
NOMBRE	YESSICA PAOLA RODRIGUEZ ARIAS
CARGO	AGENTE PEDAGOGICO
PERIODO y FECHA	AGOSTO

FASE	PASO No.	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
			1.1 Planeacion Grupal con las cuatro planeaciones de las tres correspondientes (Formato ICBF) 14 julio	10%	6/09/23	OK		
ATENCIÓN AGOSTO	7	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación y subidos al drive correspondiente del Grupo de Atención	1.2 Planeacion Grupal con las cuatro planeaciones de las tres correspondientes (Formato ICBF) 14 de Agosto	10%	6/09/23	OK		
			1.3 Cartilla digital Parte uno correspondiente al Grupo Diligenciado 14 Agosto Parte dos correspondiente a Cronograma de encuentros Diligenciado 14 Agosto Parte tres correspondiente a Guia de Planeacion de Practicas 14 Agosto v. Diligenciamiento de la movilizacion social Agosto Correa de cuadros	5%	6/09/23	OK		
		2. Desarrollar de manera oportuna, planeado y evaluado encuentros educativos en el hogar de mínimo 50 minutos de formación (DAFE) Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación, tener en cuenta lo planeado en los mismos proyectos	2.1 Planeacion Encuentro en el hogar (1 por cada participante targeta en en el cuaderno digital) en el drive correspondiente (de acuerdo al grupo etareo) - historias desde la primera atencion	5%	6/09/23	OK		
			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	5%	6/09/23	OK		
			2.3 Cartilla digital Parte uno i. Conocimientos al 100% diligenciada ii. Hoja correspondiente a Cronograma de encuentros diligenciada iii. Seguimiento al desarrollo escala de valoración iv. Parte 5 Seguimiento a situaciones de riesgo diligenciada	5%	6/09/23	OK		
		3. Carpetas Organizadas archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en físico como en drive (NO)	3.1 Formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF	3%	6/09/23	OK		
			3.2 Formato (soporte) entrega de documentos a todos los participantes	2%	6/09/23	OK		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo el el último viernes de cada mes sus ingresos y egresos ____ durante el mes de Abril	4.1 Cuadro de seguimiento ingresos ____ diligenciado Agosto 15	5%	6/09/23	OK		
			4.2 Cuadro de seguimiento asistencia a encuentros Agosto 15	5%	6/09/23	OK		
			4.3 Cuadro de seguimiento asistencia a encuentros Agosto 15	5%	6/09/23	OK		
		5 Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios Pos y Beneficiarios sin tachones ni enmendaduras	5.1 Ram	2%	6/09/23	OK		
			5.2 Refrigerios	2%	6/09/23	OK		
			5.3 Formato RPP	2%	6/09/23	OK		
			5.4 Fotografias Uno a uno de la entrega de RAM en power Point	2%	6/09/23	OK		
			5.5 Formato de Beneficiarios Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni enmendaduras	2%	6/09/23	OK		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia grave o falta de algun documento	6.1 Formato de novedades en físico por grupo de atencion (la aplica) y subido al drive	5%	6/09/23	OK		
			6.2 Formato de consentimiento de documentos con los seguimientos respectivos en físico y subido al drive correspondiente de grupo de atencion	2%	6/09/23	OK		
			6.3 Formatos de novedades y compromisos de entregas documentales firmado por las familias (formato APC)	2%	6/09/23	OK		
		7. Entrega y socialización de las escuelas	7.1 Entrega de la escuela correspondiente de los niños y niñas que aplique para el mes Agosto__ (documento en físico en las carteleras y vinculado en la cartilla digital de participantes) (Segundo aplicacion ingresos Febrero y primero ingresos Mayo)	5%	6/09/23	OK		
			7.2 Socialización de la escuela ____ (participantes ingresos abril)	5%	6/09/23	OK		
		8. Informe de caracterización de practicas de acuerdo con el FT	8.1 informe y analisis con base en las graficas que arroja el FT grupal	5%	6/09/23	OK		
			8.2 informe y analisis con base en las graficas que arroja el FT individual	5%	6/09/23	OK		
		9. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faciliten el servicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS y a los mobiliarios/kits	9.1 Amoblacion de espacios físicos de la UDS acorde al proyecto pedagogico del territorio y tematica del mes	1%	6/09/23	OK		
			9.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagogica	2%	6/09/23	OK		
			9.3 Buen uso de los materiales de consumo que se emplean para la alimentacion	2%	6/09/23	OK		
		10. Participar y apoyar en las alianzas relacionadas con la operacion	10.1 Asegurar y mantener el orden y el empleo junto con el asesor de trabajo de las unidades de servicio	2%	6/09/23	OK		
			10.2 Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes	8%	6/09/23	OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Yessica Rodriguez
NOMBRE:	YESSICA PAOLA RODRIGUEZ ARIAS
C.C.	1.018.088.479

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	MARIA FANETH LOPEZ [illegible]
C.C.	52.387.479

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	1019088479	YESSICA PAOLA RODRIGUEZ ARIAS		cr 17 136 40	7174268	marcecc1529@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I - Independiente			BOGOTA, D.C.	BOGOTA, 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
2023-07	2023-07	1	09/08/2023	63989858	TOTAL A PAGAR	
					$359.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Extranjero	Sustitución	Extranjero en Tránsito	Cuenta Alterna	Suspensión	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	Corrección	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1019088479	RODRIGUEZ ARIAS YESSICA PAOLA	SI																					23001	1.160.000	139.200	0	0	0	0	EPSC34	1.160.300	149.300	14-11	1.160.000	1	6.100	CCF24	1.160.300	29.200	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	1019088479	YESSICA PAOLA RODRIGUEZ ARIAS		cr 17 136 40	7174268	mariaec1529@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	1 - Independiente			BOGOTA, D.C.	BOGOTA, 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
2023-07	2023-07	1	09/08/2023	69989856	TOTAL A PAGAR	
					$359.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900226372-9	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
23020	Proteccion (NO + 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	860303790-5	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
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	23.200	0	0	23.200	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	145.000	145.000
Pensión	1	185.600	185.600
Riesgos Laborales	1	6.100	6.100
CCF	1	23.200	23.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	359.900	359.900

PAGADA

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

Comprobante

Movimiento hecho en:

NEQUI

Número de referencia

M5706444

Pago realizado

Pago en

Compensar-oi

¿Cuánto?

$ 359.900,00

Fecha

08 de agosto de 2023 a las 06:36 p. m.

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

VIGILADO

Ciudad: BOGOTÁ Mes: AGOSTO Día: 30 Año:2023

CUENTA DE COBRO No. 8

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. DIMF SUBA-CON 023

NOMBRE: ERIKA ORTEGA SANTANA
CEDULA: 1.015.435.926 BOGOTÁ.
CUENTA BANCARIA: 082591173 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 AGOSTO 2023

CONCEPTO:

PSICOSOCIAL DIMF SUBA, UNIDAD SAN PEDRO, CON 150 CUPOS DEL CONTRATO 11005352023

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

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

Maria Yaneth López Molina
Coordinador
C.C.52.397.479 Bogotá

Aprobado por:

Ana Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,
ERIKA ORTEGA SANTANA
NOMBRE: ERIKA ORTEGA SANTANA
C.C. 1.015.435.926 BOGOTÁ
DR. CRA 69B 73 06 CEL: 3134512270 CORREO: SANTANAERIKA3134512270@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 CA
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOM
CTO # 1100/535/2023

PROGRAMA	CMF GE _ O SUBA/RENACER
NOMBRE	ERIKA ORTEGA SANTANA
CARGO	PSICOSOCIAL
PERIODO y FECHA	AGOSTO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION AGOSTO	7	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.	5%	09/23	1 OK		
			1.2 Acta de proceso o Formato de novedades.Resaltar los nuevos en un color diferente.	5%	09/23	1 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 Gestiones de salud,citas médicas y vacunación **realizarlas antes del 15 de AGOSTO.**	5%	09/23	1 OK		2 gestiones
		3. Validación criterios de focalizacion junto con el documento de identidad, de los nuevos ingresos de AGOSTO, que son_____	3.1 Formato Visita Criterios de Focalización_____ para los casos de ingreso nuevos que aplique	2%	09/23	1 OK		
			3.2. Subir al drive creado por grupo territorial los criterios de focalización de los participantes nuevos_____, a los cuales no aplica visita. Se carga la totalidad de Criterios de Focalización de _____ Participantes coresponditentes a los tres grupos de atención delegados.	2%	09/23	1 OK		
			3.3 Cronograma de Visitas - Firma de las familias Visitadas (Formato APC).	2%	09/23	1 OK		
			3.4 Organizacion base de criterios, nuevos ingresos a la fecha.	4%	09 23	1 OK		
		4. Realizacion procesos de caracterización, de las _____ ingresos nuevos de las Unidades delegdas en el territo.	4.1 Link_ diligenciado por _____ Nuevos participantes	5%	09/23	1 OK		
			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).	5%	09/23	1 OK		
		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	2%	09/23	1 OK		
			5.2 Planeación de la Jornada	3%	09/23	1 OK		
			5.3. Acta, y Firmas	4%	09/23	1 OK		
		6. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias,AGOSTO (Escala cualitativa seguimiento al desarrollo)	6.1 Planeación cargada al drive	3%	09/23	1 OK		
			6.2 Realización de los 9 talleres, de las UAS delegadas	10%	09/23	1 OK		
			6.3 Acta de proceso con listados de asistencias en físico y digital.	10%	09/23	1 OK		
			6.4. Registro fotografico.	2%	09/23	1 OK		
		7.Seguimiento a poblacion migrante y desplazados	7.1 Base excel poblacion migrante y desplazados, Formatos APC	5%	09/23	1 OK		9 Casos
		8.Activacion de rutas según sea el caso	8.1 Formatos de seguimientos/remisiones.	3%	09/23	1 OK		
			8.2 Matriz de seguimiento a casos , Priorizados y remitidos (Formato APC)_____ Casos .Tener en cuenta los casos que arrojen ALERTA.	8%	09/23	1 OK		
		9. Aportar a las cartillas de encuentro en el hogar, familiograma de cada familia participante	9.1 Cartilla encuentro en el hogar Familiograma de los participantes que ingresaron en el mes___	5%	09/23	1 OK		
			9.2 Seguimiento de los casos priorizados, en el apartado correspondiente	5%	09/23	1 OK		
		10. Informe de gestión mensual en el formato f8 contractual y general de acciones	10.1 Formato de Informe – Enviado por Coordinación Drive	5%	09/23	1 OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	ERIKA ORTEGA SANTANA
NOMBRE:	ERIKA ORTEGA SANTANA
C.C.	1.015.435.926

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	MARA YANETH LOPEZ MOLINA
C.C.	52.367.479

compensar | miplanilla.com

ANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDA[illegible]ON DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1015435926	ERIKA ORTEGA SANTANA		Cra 69 b # 73 00	8006815	santana-erika015@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTA D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2023-07	2023-07	I	22/08/2023	69558596	TOTAL A PAGAR	
					$342,100	

LE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE						INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No. de identificación	Apellidos y Nombres	Tipo de cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza en el exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	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
1015435926	ORTEGA SANTANA ERIKA	57	0			N																230301	1,160,000	185,600	0	0	0	0	EPS008	1,160,000	148,000	14-11	1,160,000	I	6,100		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Banco Caja Social

Pago de servicios electrónicos

Resultado de la transacción

Transacción exitosa.

Apreciado cliente: Pago sujeto a aprobación. Para concluir, por favor seleccione la opción "Regresar al comercio" y verifique el estado final de la transacción. Si tiene algun inconveniente, comuniquese con la entidad con la que liquidó su planilla o con el comercio desde el cual esta realizando la compra o pago.

FECHA Y HORA
22 agosto 2023 9:34 am

DIRECCIÓN IP 200.118.63.54

NÚMERO DE TRANSACCIÓN
APII3234325577180235

NÚMERO DE CONFIRMACIÓN
02351K5L

NOMBRE DEL COMERCIO	COMPENSAR-OI
NIT DEL COMERCIO	9998600669427
CÓDIGO DEL SERVICIO	99000
VALOR DE LA TRANSACCIÓN	$342.100,00
VALOR DEL IMPUESTO	$0,00
REFERENCIA DE PAGO	69558596
FECHA DE LA SOLICITUD	22 agosto 2023
REFERENCIA 1	200.118.63.54
REFERENCIA 2	CC
REFERENCIA 3	1015435926
CÓDIGO DE LA TRANSACCIÓN (CUS)	11486672
CICLO DE LA TRANSACCIÓN	2
DESCRIPCIÓN DEL PAGO	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
CUENTA ORIGEN	Cuentamiga *******3397

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

CUENTA DE COBRO No. 3

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2023 -DIMFSUBA-CON122

NOMBRE: JENNY MARCELA PINEDA SANCHEZ
CEDULA: 1.019.047.130 DE BOGOTÁ
CUENTA BANCARIA: 075600346 BANCO: BOGOTA AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE PERIODO: ($2.296.800) DOS MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS PESOS M/Cte.
PERIODO: FASE DE ATENCIÓN AGOSTO 2023

CONCEPTO:
PSICOSOCIAL DIMF SUBA, UNIDAD SAN PEDRO CON 150 CUPOS DEL CONTRATO 11005352023

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

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI __ **NO_X__** a partir de la fecha Día Mes Año 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:

María Yaneth López Molina
Coordinador
C.C. 52.397.479 Bogotá

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,
NOMBRE: JENNY MARCELA PINEDA SANCHEZ
C.C. 1.019.047.130 DE BOGOTÁ
DR. Cll 129 D 105 B-16 Cel: 3013670001 Correo: tsmarcelapisa@gmail.com

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

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

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO SUBA/KENNEDY
NOMBRE	Marcela Pine.
CARGO	PSICOSOCIAL
PERIODO y I	AGOSTO

FASE	PAGO N	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJ	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION AGOSTO	7	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	1.1 Carpetas de los participantes, de los 150 familias delegadas, Registrar en digital la lista de cheguno con las 7	5%		1 OK	OK	
			1.2 Acta de proceso o Formato de novedades Resaltar los nuevos en un	5%		2 OK	OK	
		2. Implementa acciones de articulación con autoridades, instituciones, servicios sociales, comunidades y los diferentes actores de su	2.1 Cronograma de atención, citas, medida y vacunación **realizarlas antes del 15 de AGOSTO.**	5%		1 N/A	OK zost	
		3. Validación criterios de focalizacion junto con el documento de identidad, de los nuevos ingresos de AGOSTO, que son_____	3.1 Formato Visita Criterios de Focalización _____para los casos de	2%		1 OK	OK	
			3.2. Subir al drive creado por grupo territorial los criterios de focalización de los participantes nuevos_____, a los cuales no aplica visita.	2%		2 OK 16 v.s 1 pte	OK 11 s:D 3 v:s 2 v:s	16 visitas 1 Pte
			3.3 Cronograma de Visitas - Firma de las familias Visitadas (Formato APC)	2%		3 OK	OK	
			3.4 Organizacion base de criterios, nuevos ingresos a la fecha	4%		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	5%		1 OK		
			4.2 Registro de _____ Nuevos participantes, en el formato	5%		2 OK		
		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	2%		1 OK		
			5.2 Planeación de la Jornada	3%		2 OK		
			5.3. Acta, y Firmas	4%		3 OK		
		6. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias,AGOSTO (Escala cualitativa seguimiento al desarrollo)	6.1 Planeación cargada al drive	3%		1 OK		
			6.2 Realización de los 9 talleres, de las UAS delegadas	10%		2 OK		
			6.3 Acta de proceso con listados de asistencias en fisico y digital.	10%		3 OK		
			6.4. Registro fotografico.	2%		4 OK		
		7.Seguimiento a poblacion migrante y desplazados	7.1 Base excel poblacion migrante y desplazados, Formatos APC	5%		1 OK 10 m.		10 m: grant
		8.Activacion de rutas según sea el caso	8.1 Formatos de seguimientos,remisiones.	3%		1 OK		
			8.2 Matriz de seguimiento a casos., Priorizados y remitidos (Formato	8%		2 OK 8 cas		8 casos
		9. Aportar a las catillas de encuentro en el hogar, familiograma de cada familia participante	9.1 Cartilla encuentro en el hogar Familiograma de los participantes que	5%		1 OK		
			9.2 Seguimiento de los casos priorizados, en el apartado correspondiente	5%		2 OK		
		10. Informe de gestión mensual en el formato f8 contractual y general de acciones	10.1 Formato de Informe – Enviado por Coordinación Drive	5%		1 OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	Jenny Marcela Pineda Sanchez
C.C.	1019042136

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	MARIA YANETH LOPEZ MOLINA
C.C.	52.397.479

10 de octubre

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

Señor(a): JENNY MARCELA PINEDA SANCHEZ
No. Identificación: CC1019047130
Dirección: CL 129 D NO 105 B 16
Telefono: 6876895
Correo: tsmarcelita@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8369591946

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	JENNY MARCELA PINEDA SANCHEZ
Tipo y número de identificación	CC1019047130
Número de planilla	8369591946
Fecha pago	2023-08-10
Número de autorización pago	88048435
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	julio de 2023
Periodo de Cotización Pensión	julio de 2023
Número de Administradoras	3
Total Pagado	337300
Total Intereses de Mora	600

PAGADA
8369591946

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	6200	1
231001	Colfondos	185900	1
EPS008	Compensar EPS	145200	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1019047130
APELLIDOS Y NOMBRES: JENNY MARCELA PINEDA SANCHEZ

'. 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	231001	1160000	1160000	1160000	0	145000	0	185600	0	6100	0

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

CREDIBANCO ES SU RED
CORRESPONSAL
JJ CABINAS

Banco de Bogotá
Cambiando Contigo
Banco Bogota

PUNTO DE SERVICIO
No.A 0000200054! QT00032 402000122485959642

AUTORIZACION NUMERO 335138
TRANS: 006084 08/10/2023 12:25:01
RECIBO: 004607 TER: 000AQUOI

PAGO DE SERVICIOS PUBLICOS
0001138 PLANILLA ASISTIDA COMPENSAR
FACTURA 8369591946
VALOR: $337.300.00

TRANSACCION EXITOSA
COSTO DE LA TRANSACCION: $0
NACIONAL 01 8000 518877

EL VOUCHER ES EL UNICO SOPORTE VALIDO DE
LA TRANSACCION. EL SELLO EN LAS FACTURAS
NO ESTA PERMITIDO Y NO SERA VALIDO EN
CASO DE RECLAMACION
COPIA CLIENTE
AFVP07_C18

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

CUENTA DE COBRO No. 7

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. DIMF SUBA CON-095

NOMBRE: AURA MERCEDES SIERRA CETINA
CEDULA: 52.352.157 de Bogotá
CUENTA BANCARIA: 047641675 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 AGOSTO 2023

CONCEPTO: NUTRICIONISTA DIMF UNIDAD DE ATENCIÓN SAN PEDRO CORRESPONDIENTE A 150 CUPOS. CONTRATO 11005352023

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

Deseo vincularme al Fondo de Empleados **SI** ___ **NO**_X__ a partir de la fecha Día Mes Año 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:

María Yaneth López Molina
Coordinador
C.C. 52.397.479

Aprobado por:

Ana Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: AURA MERCEDES SIERRA CETINA
C.C. 52.352.157 de Bogotá
DR. CLL 161 # 12 B 30 / 3118720115/ aurasierra19@gmail.com

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

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

PROGRAMA	DNMF SEMBRANDO FUTURO
NOMBRE	AURA MERCEDES SIERRA CETINA
CARGO	NUTRICIONISTA
PERIODO y FECHA	AGOSTO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISIÓN	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCIÓN AGOSTO	7	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.) 1.1. Estrategia IEC: Promoción de la alimentación saludable 1.2. Promoción de la lactancia materna: Celebración de la semana mundial de la lactancia materna 1.3. El tema establecido en su informe diagnostico de acuerdo a las necesidades de la UA.	1.1 Planeación cargada al drive Tema Agosto: De acuerdo a los proyectos pedagógicos y propuesta e perfil del informe de resultados de tamizaje nutricional (IEC) Tema lactancia Agosto Celebración de la semana mundial de la lactancia materna.	10%	6/09/23	OK		
			1.2 Acta de relatoría de la PARTICIPACIÓN ACTIVA en la jornada (s) propuesta(s) para la celebración de la semana mundial de la lactancia materna que fue entregada a los CZ. Incluir registro fotográfico ***Nota: Se resalta que la semana de la LM es comprendias del componente de salud y nutrición en la cual el acompañamiento y participación del profesional en nutrición es de vital importancia.***		6/09/23	OK		
			1.3 Acta de proceso de formación Estrategia IEC (divulgación de piezas comunicativas con apoyo de componente pedagógico) con listados de asistencias, fotografía en físico y digital		6/09/23	OK		
		2. Cualificación del Talento Humano, según Cronograma de estrategia IEC (Informe de Educación y Comunicación en SAN) 2.1. Estrategia IEC: Tema priorizado por Nutricionista 2.2. Promoción de la lactancia materna: Celebración de la semana mundial de la lactancia materna	2.1 Planeación cargada al drive 2.2 Acta de proceso con listados de asistencias en físico y digital 2.3 Registro Fotográfico	10%	6/09/23	OK		evidencia 50 planeaciones TH
		3. Tamizaje nutricional tercera toma al 100% de los participantes	3.1. Cronograma _ de fecha concertado con coordinador de territorio y pares para el tamizaje mestizo	15%	6/09/23	OK		150
			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		6/09/23	OK		
			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 para un participante nuevo		6/09/23	OK		
		4. Cargar a la plataforma Cuéntame los datos correspondientes al 100% de participantes activos. ***Plazo maximo de cargue a cuéntame 24 de agosto.***	4.1. 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, ***validar FALG, perímetros braquial menor a 11.5, casos de DNT aguda para activación inmediata de ruta de Desnutrición.***	10%	6/09/23	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) 5.1. Correo electrónico EAPB 5.2. PQR a la EAPB 5.3. Remisión a la familia (Formato APC) 5.4. Seguimiento Nutricional (Formato APC) 5.5. Seguimiento mensual en cuéntame (toma de antropometría mensual)	15%	6/09/23	OK		
			Casos Riesgos de Desnutrición Aguda N. _____ (priorización para encuentros en el hogar) 5.6. Matriz de seguimiento a casos 5.7. Seguimiento cartilla encuentros en el hogar		6/09/23	OK		
			Evento 113 N.____: 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: 5.8. Entrega de PTLC 5.9. consulta de CYD, nutrición, pediatría, exámenes complementarios 5.10. La información recibida deberá registrarse en formato de acta APC anexando los soportes que la familia entregue 5.11 Cargue mensual al cuéntame de datos antropométricos		6/09/23	OK		
		6. Encuentros en el hogar (Se concerta con el equipo de la unidad los casos a visitar de acuerdo con la priorización)	6.1. Encuentros en el hogar a casos priorizados: Riesgo de desnutrición, mujeres gestantes bajo peso o puerperio	20%	6/09/23	OK		
		8. Gestión Territorial y articulación con el equipo	8.1 Acta de asistencia a comités locales SAN I nutricionista por territorio	10%	6/09/23	OK		
			8. 2 Actas de asistencia a Asistencias técnicas del Centro Zonal		6/09/23	OK		
			8. 3 Asistencia a los grupos de estudio		6/09/23	OK		
		10. Informe de gestión mensual en el formato f8 contractual y general de acciones	10.1 Formato de informe – Enviado por Coordinación Drive	10%	6/09/23	OK		
				TOTAL	100%			

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	AURA MERCEDES SIERRA CETINA
C.C.	52.952.157

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	MARIA YANETH LOPEZ MOLINA
C.C.	52.397.479

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 52352157		SIERRA CETINA AURA MERCEDES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 161#12 B 30 AP 223 Interior 3	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4776728	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-07	2023-07	105100741	9454172700	1	2023/08/15	2023/08/16	BANCO CAJA SOCIAL	1	$427,800

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)					$1,376,100	$220,200			$1,376,100	$172,100			$1,376,100	$27,600			$1,376,100	$7,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,376,100	$220,200			$1,376,100	$172,100			$1,376,100	$27,600			$1,376,100	$7,200		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,376,100	$220,200			$1,376,100	$172,100			$1,376,100	$27,600			$1,376,100	$7,200		$0	$0
1	CC 52352157	SIERRA AURA	25-14	30	$1,376,100	$220,200	EPS010	30	$1,376,100	$172,100	CCF20	30	$1,376,100	$27,600	14-23	30	$1,376,100	$7,200	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,376,100	$220,200			$1,376,100	$172,100			$1,376,100	$27,600			$1,376,100	$7,200		$0	$0

PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

Gmail AuraM SierraC <aurasierra19@gmail.com>

Confirmación Transacción PSE - CUS 105100741

1 mensaje

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co> 16 de agosto de 2023, 19:21
Para: aurasierra19@gmail.com



¡Hola, Aura Mercedes Sierra Cetina

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

Estado de la Transacción: Aprobada
CUS: 105100741
Empresa: APORTES EN LINEA
Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9454172700
Valor de la Transacción: $ 427.800
Fecha de Transacción: 15/08/2023

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 frencuentemente.

Ciudad: Bogotá Mes: Agosto 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 SUBA CON 121
NOMBRE: LAURA SOFIA ALARCON ARBELAEZ
CEDULA: 1.000.794.222
CUENTA BANCARIA: 046326849 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 AGOSTO 2023

CONCEPTO: NUTRICIONISTA DIMF SUBA, UNIDAD DE ATENCIÓN SAN PEDRO CORRESPONDIENTE A 150 CUPOS CON EL CONTRATO 11005352023

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

Deseo vincularme al Fondo de Empleados **SI** ___ **NO**_X__ a partir de la fecha 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:

_____
María Yaneth López Molina
Coordinador
C.C. 52.397.479

Aprobado por:

_____
Ana Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: LAURA SOFIA ALARCON ARBELAEZ
C.C. 1.000.794.222 de Bogotá
DR. AV CALLE 63#73 A 31 / 3052355371/ lalarconarbelaez@gmail.com

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

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

PROGRAMA	DNNF GESTANDO FUTURO
NOMBRE	Sofia Alarcon Arboleda
CARGO	NUTRICIONISTA
PERIODO y FECHA	AGOSTO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	FECHA DE REVISIÓN	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCIÓN AGOSTO	7	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.) 1.1. Estrategia IEC: Promoción de la alimentación saludable 1.2. Promoción de la lactancia materna: Celebración de la semana mundial de la lactancia materna 1.3. El tema establecido en su informe diagnostico de acuerdo a las necesidades de la UA.	1.1 Planeación cargada al drive. Tema Agosto: De acuerdo a los proyectos pedagógicos y propuesta a partir del informe de resultados de tamizaje nutricional (IEC) Tema lactancia: Agosto-Celebración de la semana mundial de la lactancia materna	5/9/23	1 OK		
			1.2 Acta de relatoria de la PARTICIPACIÓN ACTIVA en la jornada (s) propuesta(s) para la celebración de la semana mundial de la lactancia materna que fue entregado a los CZ. Incluir registro fotográfico. ***Nota: Se resalta que la semana de la LM es componente del componente de salud y nutrición en la cual el acompañamiento y participación del profesional en nutrición es de vital importancia.***	5/9/23	2 OK		
			1.3 Acta de proceso de formación Estrategia IEC (divulgación de piezas comunicativas con apoyo de componente pedagógico) con listados de asistencias, fotografía en físico y digital	5/9/23	3 OK		
		2. Cualificación del Talento Humano, según Cronograma de estrategia IEC (Información Educación y Comunicación en SAN) 2.1. Estrategia IEC: Tema priorizado por Nutricionista 2.2. Promoción de la lactancia materna: Celebración de la semana mundial de la lactancia materna	2.1 Planeación cargada al drive 2.2 Acta de proceso con listados de asistencias en físico y digital. 2.3 Registro Fotográfico	5/9/23	1 OK 2 OK 3 OK		
		3. Tamizaje nutricional tercera toma al 100% de los participantes.	3.1. Cronograma _ de fecha concertado con coordinador de territorio y duplas para el tamizaje nuevo	5/9/23	1 OK		
			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.	5/9/23	2 OK		
			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 cuidarme, para un participante nuevo	5/9/23	3 OK		
		4. Cargar a la plataforma Cuidarme los datos correspondientes al 100% de participantes activos. ***Plazo maximo de cargue a cuidarme 24 de agosto.***	4.1. cargue al cuidarme 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, validar ***FALG, perimetros brazal menor a 11,5, casos de DNT aguda para activación inmediata de ruta de Desnutrición.***	5/9/23	1 OK		
		5. Seguimiento Nutricional a Casos (Casos Evento 113, Casos de Desnutrición reporte cuidarme y Casos de Riesgo de desnutrición aguda reporte cuidarme)	Casos Desnutrición N_____ (descargados por aplicativo cuidarme y los que se han reportado en meses anteriores) 5.1. Correo electrónico EAPB 5.2. PQR a la EAPB 5.3. Remisión a la familia (Formato APC) 5.4. Seguimiento Nutricional (Formato APC) 5.5 Seguimiento mensual en cuidarme (toma de antropometria mensual)	5/9/23	1 OK 2 OK 3 OK 4 OK 5 OK		1 Marta Celeste Gómez
			Casos Riesgos de Desnutrición Aguda N. _____ (priorización para encuentro en el hogar) 5.6. Metrar de seguimiento a casos 5.7. Seguimiento cartilla encuentros en el hogar	5/9/23	6 OK 7 OK		1. Marta Gomez
			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, entre ellos: 5.8. Entrega de FTI C 5.9. consulta de CYD, nutrición, pediatría, valoración complementarios. 5.10. La información recibida deberá registrarse en formato de acta APC anexando los soportes que la familia entregue. 5.11 Cargue mensual al cuidarme de datos antropométricos	5/9/23	8 OK 9 OK 10 OK 11 OK		
		6. Encuentros en el hogar (De concerta con el equipo de la unidad los casos a visitar de acuerdo con la priorización)	6.1. Encuentros en el hogar o casos priorizados: Riesgo de desnutrición, mujeres gestantes bajo peso o puerperpera	5/9/23	1 OK		
		9. Gestión Territorial y articulación con el equipo	9.1 Acta de asistencia a comites locales_SAN 1 nutricionista por territorio	5/9/23	1 OK		
			9. 2 Actas de asistencia a Asistencias técnicas del Centro Zonal	5/9/23	2 NA		
			9. 3 Asistencia a los grupos de estudio	5/9/23	3 OK		
		10. Informe de gestión mensual en el formato IB contractual y general de acciones	10.1 Formato de Informe – Enviado por Coordinación Drive	5/9/23	1 OK		
			TOTAL				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	SOFIA ALARCON A.
C.C.	1000794222

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	MARIA YANETH LOPEZ MOLINA
C.C.	52.367.479

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	1000794222	Laura Sofia Alarcón Arbeláez		Av cll 63 # 73 a 31 apto 601 tr A	3052356371	lalarconarbelaez@gmail.com	
FORMA ESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1 – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-07	2023-07	1	08/08/2023	69987486	$399.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Igo 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					
PS017	Famisanar EPS	830003564-7	172.100	0		0		0	0	0	0	172.100	1

TOTALES PENSIÓN

Igo 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
30231	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	220.200	0	0	0	0	0	0		220.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Igo 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										
4-11	ARL SURA	890903790-5	7.200				7.200	0	0	7.200			72	7.200	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

lor 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	172.100	172.100
Pensión	1	220.200	220.200
Riesgos Laborales	1	7.200	7.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	399.500	399.500

Banco de Bogotá

Comprobante de compra y pagos virtuales PSE

Pago exitoso

Número de autorización 148202

Detalle

$399,500.00

$0.00

COMPENSAR-OI

Cuenta de ahorros ******6849

MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

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

CUENTA DE COBRO No. 7

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. DIMFSUBA-CON093

NOMBRE: ADRIANA MARCELA DIAZ PORRAS
CEDULA: 1.015.432.062 BOGOTÁ
CUENTA BANCARIA: 024480246 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 ATENCIÓN AGOSTO 2023

CONCEPTO: APOYO PEDAGÓGICO DIMF SUBA, EN EL CONTRATO NÚMERO 11005352023 CON 50 CUPOS ASIGNADOS.

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

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI _ x_ **NO___** a partir de la fecha Día Mes Año en constancia:
Firmo _____

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($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:

Maria Yaneth Lopez Molina
Coordinador
C.C. 52.397.479

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente

Adriana Diaz

NOMBRE: ADRIANA MARCELA DIAZ PORRAS
CC. 1.015.432.062 BOGOTÁ
DR. CARRERA105H#67D-44 Tel. 3215547203 Correo. ADRI2722HOTMAIL.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.

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
CTO # 1100/535/2023

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTU... CUBA
NOMBRE	ADRIANA MARCELA DIAZ PORRAS
CARGO	APOYO PEDAGOGICO UDS
PERIODO y FECHA	AGOSTO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	APOYO PEDAGOGICO : FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION AGOSTO		1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales **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) 14 de Agosto	10%	6/09/23	OK		
			1.2 Cartilla digital i. Parte uno: conociendonos al 100% diligenciada. 14 Agosto ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada. 14 Agosto iii Diligenciamiento de la parte dos: Participacion de Practicas 14 Agosto iv. Diligenciamiento de la movilizacion social. Agosto Comata de sueños	10%		OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DMF) **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) - historica desde la primera atencion	5%	6/09/23	OK		
			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	5%		OK		
			2.3 Cartilla digital Parte uno: i. Conociendonos al 100% diligenciada. ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada. iii. Seguimiento al desarrollo, escala de valoración iv. Parte 5 Seguimiento a situaciones de riesgo diligenciada	5%		OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en física como en drive (50)	Actualización de los nuevos participantes 3.1 Seguimiento mediante la **lista de chequeo formato version 2** de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante	2%	6/09/23	OK		
			3.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA	2%		OK		
			3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA _	2%		OK		
			3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas)	2%		OK		
			3.5 Formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF	2%		OK		
			3.6 Formato compromiso entrega de documentos a todos los participantes	2%		OK		
		4. Entrega y socializacion de las escalas	4.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que aplique para el mes Agosto__ (documento en físico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante) (Segunda aplicacion ingresos Febrero y primera ingresos Mayo)	7%	6/09/23	OK		
			4.2 Socializacion de la escala ____ (participantes ingresos abril)	7%		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	10%	6/09/23	OK		
		6. Formato de ficha de caracterización de practicas y acciones ff	6.1 Apoyar en los Archivos de excel de practicas (1 x UA) participantes nuevos 1 unificado por los 50 participantes	7%	6/09/23	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 físicos de la UDS que se sean asignados	5%	6/09/23	OK		
			7.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica	5%		OK		
			7.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación. -	5%		OK		
			7.4 Asegurar y mantener el orden y la limpieza	5%		OK		
		8. Participar y apoyar en las dinamicas relacionadas con la operación	8.1 Asegurar y mantener el orden y la limpieza, junto con el equipo de trabajo, de las unidades de servicio 8.2. Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes	2%	6/09/23	OK		
		TOTAL		100%				

FIRMA CONTRATISTA	Adriana Diaz
NOMBRE:	Adriana Diaz
C.C.	1015432052

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	MARIA YANETH LÓPEZ MOLINA
C.C.	52.397.479

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

Señor(a): ADRIANA MARCELA DIAZ PORRAS
No. Identificación: CC1015432062
Dirección: CRA 105 H # 67D 44
Telefono: 3215547203
Correo: adri2722@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8369431582

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	ADRIANA MARCELA DIAZ PORRAS
Tipo y número de identificación	CC1015432062
Número de planilla	8369431582
Fecha pago	2023-08-17
Número de autorización pago	90287470
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	julio de 2023
Periodo de Cotización Pensión	julio de 2023
Número de Administradoras	3
Total Pagado	337700
Total Intereses de Mora	1000

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	6200	1
230301	Porvenir	186100	1
EPS008	Compensar EPS	145400	1

8369431582

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1015432062
APELLIDOS Y NOMBRES: ADRIANA MARCELA DIAZ PORRAS

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

¡Tu pago fue exitoso!

Número de autorización: 287470

Fecha y hora: 17/08/23 - 08:27

Planilla Asistida Compensar

No. de planilla 8369431582

Valor	$ 337.700 ,00
Costo de la transacción	Gratis

El pago se realizó desde:

Cuenta de Ahorros

No. 024480246

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

CUENTA DE COBRO No. 7

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
DIMF SUBA - No. CON050

NOMBRE: BEATRIZ STELLA PARRA MOYA
CEDULA: 53.029.570
CUENTA BANCARIA: 030316913 BANCO: BOGOTA AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: PERIODO: ($ 1.969.612) UN MILLÓN NOVECIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS DOCE PESOS M/Cte.
PERIODO: FASE DE ATENCIÓN AGOSTO 2023

CONCEPTO: APOYO PEDAGÓGICO PERFIL 1 DIMF SUBA, UNIDAD SAN PEDRO CON 50 CUPOS CON EL CONTRATO 11005352023

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

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI __ **NO_X__** a partir de la fecha Día Mes Año 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:

María Yaneth López Molina
Coordinador
C.C. 52.397.479 de Bogotá

Aprobado por:

Ana Rocio Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente, Bstella Parra M.

NOMBRE: Beatriz Stella Parra Moya
C.C. 53.029.570 de Bogotá
DR. Carrera 160 N 136 – 17 Cel: 3219801410 - bstellaparra@gmail.com

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

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

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO SUBA
NOMBRE	BEATRIZ STELLA PARRA MOYA
CARGO	APOYO PEDAGOGICO UDS
PERIODO y FECHA	AGOSTO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	APOYO PEDAGOGICO : FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION AGOSTO		1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación y subidos al drive correspondiente del Grupo de Atencion	1.1 Planeador Grupal con las nuevas planeaciones de las áreas correspondientes (Formato ICBF) 14 de Agosto	10%	6/09/23	1 OK		
			1.2 Cartilla digital: i. Parte una conocedores al 100% diligenciada. 14 Agosto ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada. 14 Agosto iii Diligenciamiento de la parte tres. Priorizacion de Practicas. 14 Agosto iv. Diligenciamiento de la movilizacion social. Agosto Carreta de sueños	10%		2 OK i OK ii OK iii OK iv OK		
		2. Desarrollar de manera exitosa, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de minimo 90 minutos de formación (DIMF) 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) - historia desde la primera atencion	5%	6/09/23	1 OK		
			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.	5%		2 OK		
			2.3 Cartilla digital Parte uno: i. Conocedores al 100% diligenciada. ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada. iii. Seguimiento al desarrollo, escala de valoración iv. Parte 5 Seguimiento a situaciones de riesgo diligenciada	5%		3 OK i OK ii OK iii OK iv OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en fisico como en drive (50)	Actualización de los nuevos participantes 3.1 Seguimiento mediante la lista de cheques formato version 2 de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante	2%	6/09/23	1 OK		
			3.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA	2%		2 OK		
			3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA _	2%		3 OK		
			3.4 Archivo Fisico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas)	2%		4 OK		
			3.5 Formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF	2%		5 OK		
			3.6 Formato compromiso entrega de documentos a todos los participantes	2%		6 OK		
		4. Entrega y socializacion de las escalas	4.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que aplique para el mes Agosto__ (documento en Fisico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital de participante) (Segunda aplicacion ingresos Febrero y primera ingresos Mayo)	7%	6/09/23	1 OK		
			4.2 Socializacion de la escala ____ (participantes ingresos abril)	7%		2 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, puerperio, hechos de violencias y demás que se presenten en los encuentros por grupo de atencion	10%	6/09/23	1 OK		
		6. Formato de ficha de caracterización de practicas y acciones (7	6.1 Apoyar en los Archivos de excel de practicas (1 x UA) participantes nuevos 1 unificado por los 60 participantes.	7%	6/09/23	1 OK		
		7. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faciliten el ejercicio pedagogico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	7.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS que se van asignados.	5%	6/09/23	1 OK		
			7.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica.	5%		2 OK		
			7.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación.	5%		3 OK		
			7.4 Asegurar y mantener el orden y la limpieza.	5%		4 OK		
		8. Participar y apoyar en las dinamicas relacionadas con la operación.	8.1 Asegurar y mantener el orden y la limpieza, junto con el equipo de trabajo, de las unidades de servicio 8.2. Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes	2%	6/09/23	1 OK 2 OK		
		TOTAL		100%				

FIRMA CONTRATISTA	Beatriz Stella Parra Moya
NOMBRE:	BEATRIZ STELLA PARRA MOYA
C.C.	53.009.570

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	MARIA YANETH LOPEZ MOLINA
C.C.	52.397.473

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 53029570		PARRA MOYA BEATRIZ STELLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 160 136 17	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3219801410	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-07	2023-07	1000000688	94543O7676	1	2023/08/17	2023/08/14	BANCO DE 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	53029570	PARRA BEATRIZ	230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS010	30	$1,160,000	$145,000		0	$0	$0	14-15	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

2023/08/14 06:12 AM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
CC 53029570		PARRA MOYA BEATRIZ STELLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 160 136 17	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3219801410	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-07	2023-07	1000000688	94543076?6	1	2023/08/17	2023/08/14	BANCO DE BOGOTA	0	$336,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$185,600	$0	$0	$185,600
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
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$145,000	$0	$0	$145,000
TOTAL				**1**	**$336,700**	**$0**	**$0**	**$336,700**

2023/08/14 06:12 AM

CREDIBANCO ES SU RED
CORresponsal
YK INTERNET Y COMUNICAC

Banco de Bogotá
Cambiando Contigo
Banco Bogota

PUNTO DE SERVICIO
No.& 0000200054' QT00032 40200016242288931

AUTORIZACION NUMERO 004781
TRANS: 015079 08/11/2023 16:24:24
RECIBO: 010145 TER: 000AT9GU

PAGO DE SERVICIOS PUBLICOS
00001506 PLANILLA AS APORTES EN LINEA
FACTURA 9454307676
VALOR: $336.700.00

TRANSACCION EXITOSA
COSTO DE LA TRANSACCION: $0
NACIONAL 01 0000 518077

EL VOUCHER ES EL UNICO SOPORTE VALIDO DE
LA TRANSACCION. EL SELLO EN LAS FACTURAS
NO ESTA PERMITIDO Y NO SERA VALIDO EN
CASO DE RECLAMACION
COPIA CLIENTE
AFVP07_C18

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

CUENTA DE COBRO No. 7

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
DIMF SUBA - No. CON061

NOMBRE: JOHANNA IDALIRIS GARCIA QUEVEDO
CEDULA: 1.104.694.541
CUENTA BANCARIA: 237532692 BANCO: BOGOTA AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: PERIODO: ($ 1.969.612) UN MILLÓN NOVECIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS DOCE PESOS M/Cte.
PERIODO: FASE DE ATENCIÓN AGOSTO 2023

CONCEPTO: APOYO PEDAGÓGICO PERFIL 1 DIMF SUBA, UNIDAD SAN PEDRO CON 50 CUPOS CON EL CONTRATO 11005352023

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

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI __ **NO_X__** a partir de la fecha Día Mes Año 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:

María Yaneth López Molina
Coordinador
C.C. 52.397.479 de Bogotá

Aprobado por:

Ana Rocio Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,
Johanna Garcia Q
NOMBRE: Johanna Idaliris Garcia Quevedo
C.C. 1.104.694.541 de Líbano
DR. Calle 137 N 140c – 11 Cel: 3202504579 – juanbendecido2006@hotmail.com

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

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

PROGRAMA	DNF SEMBRANDO FUTURO SUBA
NOMBRE	JOHANNA IDALIRS GARCIA QUEVEDO
CARGO	APOYO PEDAGOGICO UDS
PERIODO y FECHA	AGOSTO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	APOYO PEDAGOGICO: FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION AGOSTO		1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación y subidos al drive correspondiente del Grupo de Atención		10%	6/09/23	1 OK		
			1.2 Cartilla digital iv. Diligenciamiento de la movilizacion social: Agosto Comela de sueños	10%		2 OK i OK ii OK iii OK iv OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DNF) 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) - historico desde la primera atencion	5%	6/09/23	1 OK		
			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	5%		2 OK		
			2.3 Cartilla digital Parte uno i. Conocedores al 100% diligenciada. ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada iii. Seguimiento al desarrollo, escala de valoración iv. Parte 5 Seguimiento a situaciones de riesgo diligenciada	5%		3 OK i OK ii OK iii OK iv OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en físico como en drive (50)	Actualización de los nuevos participantes 3.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo formato version 2 de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante	2%	6/09/23	1 OK		
			3.2 Actualizacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA	2%		2 OK		
			3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA_	2%		3 OK		
			3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas)	2%		4 OK		
			3.5 Formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF	2%		5 OK		
			3.6 Formato compromiso entrega de documentos a todos los participantes	2%		6 OK		
		4. Entrega y socializacion de las escalas	4.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que aplique para el mes Agosto__ (documento en físico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital de participante) (Segunda aplicacion ingresos Febrero y primera ingresos Mayo)	7%	6/09/23	1 OK		
			4.2 Socializacion de la escala ____ (participantes ingresos abril)	7%		2 OK		
		5. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, grde, o falta de algun documento	5.1 Apoyar en el seguimiento de novedades de inasistencia, casos de estados de salud, puerperio, hechos de violencias y demás que se presenten en los encuentros por grupo de atencion	10%	6/09/23	1 OK		
		6. Formato de ficha de caracterización de practicas y acciones f?	6.1 Apoyar en los Archivos de excel de practicas (1 x UA) participantes nuevos 1 unificado por los 50 participantes	7%	6/09/23	1 OK		
		7. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faciliten 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	5%	6/09/23	1 OK		
			7.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica	5%		2 OK		
			7.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación.-	5%		3 OK		
			7.4 Asegurar y mantener el orden y la limpieza	5%		4 OK		
		8. Participar y apoyar en las dinamicas relacionadas con la operación.	8.1. Asegurar y mantener el orden y la limpieza, junto con el equipo de trabajo, de las unidades de servicio 8.2. Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes	2%	6/09/23	1 OK 2 OK		
		TOTAL		100%				

FIRMA CONTRATISTA	Johanna Garcia Q
NOMBRE:	JOHANNA IDALIRS GARCIA QUEVEDO
C.C.	1.104.694.541

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	MARIA YANETH LOPEZ MOLINA
C.C.	52.397.479

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	1104694541	JOHANNA IDALIRIS GARCIA QUEVEDO		Calle 137 140c 11	8155745	juanbendecido2006@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	
2023-07	2023-07	I	08/08/2023	69976141	$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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	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
30301	Porvenir	800224808-8	186.600	0	0	0	0	0	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	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	186.600	186.600
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

Detalle del movimiento

Pago realizado

Pago en
Compensar-oi

¿Cuánto?
$ 336.700,00

Fecha
08 de agosto de 2023 a las 12:56 p. m.

Referencia
M2668596

¿De dónde salió la plata?



Disponible
$ 336.700,00

Ciudad: Bogotá D.C Mes: Agosto 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. DIMF SUBA – CON092

NOMBRE: OLGA NANCY ESCOBAR PEREZ
CEDULA: 52.078.869
CUENTA BANCARIA: 191238856 BANCO: BOGOTA AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: PERIODO: ($1.969.612) UN MILLON NOVECIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS DOCE PESOS M/CTE.
PERIODO: FASE DE ATENCIÓN AGOSTO 2023

CONCEPTO: APOYO PEGAGOGICO DIMF SUBA, UNIDAD SAN PEDRO CON 50 CUPOS CONTRATO 11005352023

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

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI _ NO__X_ a partir de la fecha Día Mes Año 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 en todo concepto.

Autorizado por:

María Yaneth López Molina
Coordinador
C.C.52.397.479

Aprobado por:

Ana Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: Olga Nancy Escobar Pérez
C.C 52.078.869
DR.CLL 78 # 77 23 / 3175737013 / nancy-esc@hotmail.com

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

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

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO SUBA
NOMBRE	OLGA NANCY ESCOBAR PEREZ
CARGO	APOYO PEDAGOGICO UDS
PERIODO y FECHA	AGOSTO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	APOYO PEDAGOGICO : FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION AGOSTO		1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales 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) 14 de Agosto	10%	6/09/23	1 OK		
			1.2 Cartilla digital: i. Parte una: conocimientos al 100% diligenciada. 14 Agosto ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada. 14 Agosto iii. Diligenciamiento de la parte dos: Priorización de Prácticas, 14 Agosto iv. Diligenciamiento de la movilización social: Agosto Cometa de sueños	10%		2 OK i OK ii OK iii OK iv OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 90 minutos de formación (DIMF) Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación, tener en cuenta lo planeado en los macroproyectos	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) - historia desde la primera atencion	5%	6/09/23	1 OK		
			2.2 Cronograma de visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 90 y/o ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente.	5%		2 OK		
			2.3 Cartilla digital Parte uno: i. Conocimientos al 100% diligenciada, ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada. iii. Seguimiento al desarrollo, escala de valoración iv. Parte 5 Seguimiento a situaciones de riesgo diligenciada	5%		3 OK i OK ii OK iii OK iv OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en físico como en drive (50)	Actualizacion de los nuevos participantes 3.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo formato version 2 de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante	2%	6/09/23	1 OK		
			3.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA e sus UA	2%		2 OK		
			3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA _	2%		3 OK		
			3.4 Archivo Fisico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas)	2%		4 OK		
			3.5 Formato de Lac de imagenes y de inscripcion de ICBF	2%		5 OK		
			3.6 Formato compromiso entrega de documentos a todos los participantes.	2%		6 OK		
		4. Entrega y socializacion de las escalas	4.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que aplique para el mes Agosto__ (documento en fisico en las carpetas y escaneado en la carilla digital del participante) (Segunda aplicacion ingresos Febrero y primera ingresos Mayo)	7%	6/09/23	1 OK		
			4.2 Socializacion de la escala ____ (participantes ingreso abril)	7%		2 OK		
		5. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, grave o falta de algun documento	5.1 Apoyar en el seguimiento de novedades de inasistencia, casos de estados de salud, puerperio, hechos de violencias y demás que se presenten en los encuentros por grupo de atencion	10%	6/09/23	1 OK		
		6. Formato de ficha de caracterizacion de practicas y acciones IT	6.1 Apoyar en los Archivos de excel de practicas (1 x UA) participantes nuevos 1 unificado por los 50 participantes.	7%	6/09/23	1 OK		
		7. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faciliten el ejercicio pedagogico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	7.1 Ambientación de espacios fisicos de la UDS que se sean asignados.	5%	6/09/23	1 OK		
			7.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagogica	5%		2 OK		
			7.3 Buen uso de los materiales de consumo que se entregan para la ambientación.	5%		3 OK		
			7.4 Asegurar y mantener el orden y la limpieza.	5%		4 OK		
		8. Participar y apoyar en las dinamicas relacionadas con la operación	8.1 Asegurar y mantener el orden y la limpieza, junto con el equipo de trabajo, de las unidades de servicio 8.2. Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes	2%	6/09/23	1 OK 2 OK		
		TOTAL		100%				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	OLGA NANCY ESCOBAR PEREZ
C.C.	52.078.869

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	MARIA YANETH LOPEZ MOLINA
C.C.	52.397.479

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	52078869	OLGA NANCY ESCOBAR PEREZ		calle 78 77 23	2513517	nancy-esc@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	
2023-07	2023-07	I	16/08/2023	70175274	$338,700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza exterior	Extranjero	IRA	INT	TDA	TAP	TDP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COMISIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cod. 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	52078869	ESCOBAR PEREZ OLGA NANCY	57	0			N																230201	1,160,000	185,600	0	0	0	0	EPS008	1,160,000	145,000	14-11	1,160,000	1	6,100		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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	52078869	OLGA NANCY ESCOBAR PEREZ	calle 78 77 23	2513517	nancy-eso@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	
2023-07	2023-07	I	15/08/2023	70175274	$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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	185,600	0	0	0	0	0	0		185,600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	6,100				6,100	0	0	6,100			61	6,100	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	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

PAGADA

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


Planillas pagadas
Tipo Planilla
1
Número Planilla
70175274
Periodo de Pensión
Julio de 2023
Periodo de Salud
Julio de 2023
Estado
Pagada
Fecha de pago
16/08/2023
Valor pagado
$ 336.700
Información general
Fecha de generación
16/08/2023 14:24:17
Fecha de vencimiento
16/08/2023
Reportes
Reporte de Excel
Reporte por planilla
Resumen de pago
Certificado de aportes
Otras Opciones
Corregir planill

Ciudad: BOGOTÁ D.C | Mes: Agosto | Día:30 | Año:2023

CUENTA DE COBRO No. 7

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. DIMF SUBA – CON055

NOMBRE: ROSA ANGELICA WILCHES VELAIDES
CEDULA: 1.034.312.939
CUENTA BANCARIA: 005410907 BANCO: BOGOTA AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: PERIODO: ($1.969.612) UN MILLON NOVECIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS DOCE PESOS M/cte.
PERIODO: FASE DE ATENCIÓN AGOSTO 2023

CONCEPTO: APOYO PEDAGÓGICO DIMF SUBA, UNIDAD SAN PEDRO CON 50 CUPOS CONTRATO 11005352023

El Contratista ha desarrollado las obligaciones objeto del CONTRATO con total independencia y autonomia, 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 en todo concepto.

Autorizado por:

Yaneth López Molina
Coordinador
C.C.52.397.479

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Rosa Wilches.

NOMBRE: ROSA ANGÉLICA WILCHES VELAIDES
C.C. 1.034.312.939
DR. 136a#151c-53 Tel: 3212874688 Correo: evanivelaides@gmail.com

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

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

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO SUBA
NOMBRE	ROSA WILCHES
CARGO	APOYO PEDAGOGICO UOS
PERIODO y FECHA	AGOSTO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	APOYO PEDAGOGICO : FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION AGOSTO		1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales 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) 14 de Agosto	10%	6/09/23	1 OK		
			1.2 Cartilla digital i. Parte uno: conocendonos al 100% diligenciada, 14 Agosto ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada 14 Agosto iii Diligenciamiento de la parte dos: Priorizacion de Practicas, 14 Agosto iv. Diligenciamiento de la movilizacion social: Agosto Corrieta de sueños	10%		2 i OK ii OK iii OK iv OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 90 minutos de formación (DIMF) 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) - historica desde la primera atencion	5%	6/09/23	1 OK		
			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	5%		2 OK		
			2.3 Cartilla digital Parte uno: i. Conocendonos al 100% diligenciada, ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, iii. Seguimiento al desarrollo, escala de valoración iv. Parte 5 Seguimiento a situaciones de riesgo diligenciada	5%		3 i OK ii OK iii OK iv OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en físico como en drive (50)	Actualización de los nuevos participantes 3.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo formato version 2 de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante	2%	6/09/23	1 OK		
			3.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA	2%		2 OK		
			3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA_	2%		3 OK		
			3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas)	2%		4 OK		
			3.5 Formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF	2%		5 OK		
			3.6 Formato compromiso entrega de documentos a todos los participantes	2%		6 OK		
		4. Entrega y socializacion de las escalas	4.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que aplique para el mes Agosto__ (documento en físico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante) (Segunda aplicacion ingresos Febrero y primera ingresos Mayo)	7%	6/09/23	1 OK		
			4.2 Socializacion de la escala ____ (participantes ingresos abril)	7%		2 OK		
		5. Entrega de 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	10%	6/09/23	1 OK		
		6. Formato de ficha de caracterización de practicas y acciones IT	6.1 Apoyar en los Archivos de excel de practicas (1 x UA) participantes nuevos 1 unificado por los 50 participantes	7%	6/09/23	1 OK		
		7. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faciliten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UOS	7.1 Ambientación de espacios físicos de la UOS que se sean asignados	5%	6/09/23	1 OK		
			7.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica.	5%		2 OK		
			7.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación.-	5%		3 OK		
			7.4 Asegurar y mantener el orden y la limpieza	5%		4 OK		
		8. Participar y apoyar en las dinamicas relacionadas con la operación	8.1. Asegurar y mantener el orden y la limpieza, junto con el equipo de trabajo, de las unidades de servicio 8.2. Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes	2%	6/09/23	1 OK 2 OK		
		TOTAL		100%				

FIRMA CONTRATISTA	Rosa Wilches Velandes
NOMBRE:	ROSA WILCHES
C.C.	1.034.312.938

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	MARIA YANETH LOPEZ MOLINA
C.C.	52.397.479

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1034312939
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			ROSA ANGELICA WILCHES VELADES
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA, DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CL 136A # 151C-53	TELEFONO:	1111111
TIPO APORTANTE:	03-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			4507840789	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	julio	AÑO 2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	julio	AÑO 2023
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2023/08/08	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			9995338698

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 195.830	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 195.830	$ 0	$ 195.830
SUBTOTALES:										$ 195.830	$ 0	$ 195.830

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 145.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 145.000	$ 0	$ 0	$ 145.000
SUBTOTALES:													$ 145.000	$ 0	$ 0	$ 145.000

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 1.100	$ 1.100	$ 0	$ 0	$ 1.100
SUBTOTALES:									$ 1.100	$ 0	$ 0	$ 1.100

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE								NOVEDADES																				SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																												PENSIÓN						SALUD							ARP												
Nº	CENTRO DE CONTRATACIÓN	APELLIDOS	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	EXTRANJERO	COTIZANTE EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	COTIZACIÓN	IBC	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	COTIZACIÓN	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	COTIZACIÓN	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	CCF	SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
	CC 1034312939	WILCHES VELADES ROSA ANGELICA	DEPENDIENTE	INTEGRANTE CONTRATO PRESTACIÓN DE	$ 1.160.000				NO															25-14 COLPENSIONES	1.160.000	$ 195.830	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	No Vol.	$ 195.830	EPS002-SALUD TOTAL	1.160.000	$ 145.000	$ 0	$ 145.000	14-11 - ARL SURA	1.160.000	$ 1.100	$ 1.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 336.700

Planilla Pagada

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

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 9402574257 DV: 401801

Cajero: MAMABOMU

Cliente beneficiario:
110263 PILA RECAUDO

Fecha: 08/08/2023 08:14:20

PS Recaudador:
997012 SAN PEDRO DE TIBABUYES

Cantidad cupones: 1

Identificacion: 1034312939

Nombre:	ROSA
Apellido 1:	WILCHES
Apellido 2:	NNNN
TIPO DOCUMENTO:	CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO:	3212874688
Codigo Planilla:	450784079
Periodo Pago:	2023/07
Valor Comision:	0
Valor Iva Comision:	0

Referencia 1034312939 Valor $336.700,00

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

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

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

CUENTA DE COBRO No. 7

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. DIMFSUBA-CON 093

NOMBRE: VIVIANA VANESSA YATE YATE
CEDULA: 1.024.521.152 BOGOTÁ
CUENTA BANCARIA: 089659585 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 ATENCIÓN AGOSTO 2023

CONCEPTO: APOYO PEDAGÓGICO DIMF SUBA, EN EL CONTRATO NÚMERO 11005352023 CON 50 CUPOS ASIGNADOS.

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

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI _ x_ **NO**___ a partir de la fecha Día Mes Año en constancia:
Firmo _____

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($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:

Maria Yaneth Lopez Molina
Coordinador
C.C.52.397.479

Aprobado por:

Ana Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente

Viviana Yate

NOMBRE: VIVIANA VANESSA YATE YATE
CC. 1.024.521.152 BOGOTÁ
DR. CALLE 63#71H29-SUR TEL. 3124586364 CORREO . FRESITAYATE0228@GMAIL.COM

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

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

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTU[illegible]UBA
NOMBRE	VIVIANA VANESSA YATE YATE
CARGO	APOYO PEDAGOGICO UDS
PERIODO y FECHA	AGOSTO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	APOYO PEDAGOGICO : FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION AGOSTO		1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales **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) 14 de Agosto	10%	6/09/23	OK		
			1.2 **Cartilla digital** i. Parte uno: conociendonos al 100% diligenciada. 14 Agosto ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada. 14 Agosto iii. Diligenciamiento de la parte dos: Priorización de Practicas. 14 Agosto iv. Diligenciamiento de la movilización social. Agosto Cometa de sueños	10%		OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF) **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) - historica desde la primera atencion	5%	6/09/23	OK		
			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	5%		OK		
			2.3 Cartilla digital Parte uno i. Conociendonos al 100% diligenciada ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada. iii. Seguimiento al desarrollo, escala de valoración iv. Parte 5 Seguimiento a situaciones de riesgo diligenciada	5%		OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en físico como en drive (SC)	Actualización de los nuevos participantes 3.1 Seguimiento mediante la **lista de chequeo formato version 2** de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante	2%	6/09/23	OK		
			3.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA	2%		OK		
			3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA_	2%		OK		
			3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas)	2%		OK		
			3.5 Formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF	2%		OK		
			3.6 Formato compromiso entrega de documentos a todos los participantes	2%		OK		
		4. Entrega y socializacion de las escalas	4.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que aplique para el mes Agosto__ (documento en físico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante) (Segunda aplicacion ingresos Febrero y primera ingresos Mayo)	7%	6/09/23	OK		
			4.2 Socializacion de la escala ____ (participantes ingresos abril)	7%		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	10%	6/09/23	OK		
		6. Formato de ficha de caracterización de practicas y acciones IT	6.1 Apoyar en los Archivos de excel de practicas (1 x UA) participantes nuevos 1 unificado por los 50 participantes	7%	6/09/23	OK		
		7. Generar espacios y ambientes enriquecidos que fallotan el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	7.1 Ambetación de espacios físicos de la UDS que se sean asignados	5%	6/09/23	OK		
			7.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica	5%		OK		
			7.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación.-	5%		OK		
			7.4 Asegurar y mantener el orden y la limpieza	5%		OK		
		8. Participar y apoyar en las dinamicas relacionadas con la operación.	8.1 Asegurar y mantener el orden y la limpieza, junto con el equipo de trabajo, de las unidades de servicio 8.2. Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes	2%	6/09/23	OK		
		TOTAL		100%	6/09/23	OK		

FIRMA CONTRATISTA	Viviana Yate
NOMBRE:	Viviana Vanessa Yate
C.C.	1024521152

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	MAIRA YANETH LOPEZ MOLINA
C.C.	52.397.479

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 1024521152		YATE YATE VIVIANA VANESSA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 13#13-62	SANTAFE DE ANTIOQUIA-ANTIOQUIA	3124586364	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-07	2023-07	29117247	9454136610	I	2023/08/14	2023/08/10	BANCO DE OCCIDENTE	0	$336,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CÓDIGO	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

2023/08/10 04:19 PM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1024521152		YATE YATE VIVIANA VANESSA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 13#13-62	SANTAFE DE ANTIOQUIA-ANTIOQUIA	3124586364	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-07	2023-07	29117247	9454136610	I	2023/08/14	2023/08/10	BANCO DE OCCIDENTE	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: SANTAFE DE ANTIOQUIA Depto: ANTIOQUIA (1 Afiliados)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$6,100		$0	$0
1	CC 1024521152	YATE VIVIANA	230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS008	30	$1,160,000	$145,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,160,000	$6,100	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$6,100		$0	$0

2023/08/10 04:19 PM

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

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 9403917903 DV: 494566

Cajero: ARESTREPOR

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

Fecha: 10/08/2023 15:29:12

PS Recaudador:
010400 PERDOMO ::

Cantidad cupones: 1

Nombre:	viviana
Apellido 1:	naa
NUM PLANILLA:	9454136610
TIPO DE IDENTIFICACION:	CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO IDENTIFICACION:	1024521152
PERIODO:	202307
Referencia	Valor
9454136610	$336.700,00

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

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

Powered by CamScanner

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

CUENTA DE COBRO No. 3

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
NO. DIMF SUBA CON108

NOMBRE: CARLOS LUGO GOMEZ
CEDULA: 1.023.963.411
CUENTA BANCARIA: 026191999 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 ATENCION AGOSTO 2023

CONCEPTO: Apoyo Administrativo DIMF Suba, Unidad San Pedro con contrato # 11005352023

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

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI __ NO_X__ a partir de la fecha Día Mes Año 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:

María Yaneth López Molina
Coordinadora
C.C: 52.397.479

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Nombre: Carlos Lugo Gómez
C.C. 102396341

Dr: Carrera 3 # 0-39 sur Tel: 3153491616 Correo: carlos_97lugomez@hotmail.com

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

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

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO SUBA
NOMBRE	CARLOS LUGO GOMEZ
CARGO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO
PERIODO y FECHA	AGOSTO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCIÓN AGOSTO		1. Apoyar la organización documental del Talento Humano.	1.1. Verificación de Polizas, Talento Humano Nuevo.	3%		1 OK		
			1.2. Verificación de afiliación de Seguridad Social, Talento Humano Nuevo			2 OK		
			1.3. Verificar documentos anexos a la nomina			3 OK		
		2. Manejo, registro e informe de plataforma CUENTAME **Nota aclaratoria:** * No se puede egresar participantes sin la toma de talla y peso. *Esto debe ser verificable con el archivo descargado directamente del cuentame	2.1. Cargue de Participantes Nuevos _____ de la UDS delegada	40%		1 OK		
			2.2 Cargue de Talento Humano Nuevo _____de la UDS delegada.			2 OK		
			2.3. Cargue de las formaciones de los participantes, 100% participantes			3 OK		
			2.4 Cargue de formatos de la atencion (RAM)			4 OK		
		3. Sistematización de la informacion relacionada con los participantes.	3.1. Directorio de los participantes actualizado de la UDS delegada, Mes de Julio	10%		1 OK		
			3.2. Actualización de formatos RAM, Refrigerios, Bienestarina y entregada de RPP			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)	5%		1 OK		
			4.2. Carpetas de los participantes vinculados a la UDS._____ Participantes.			2 OK		
			4.3. Organización de archivo fisico para lista de espera.			3 OK		
		5. Construcción de la nómina recepcion y verificación de la documentación para formalización.	5.1. Formato de nómina en excel	10%		1 OK		
			5.2. Chek list de nómina por cargo (100% de los soportes relacionados) de la UDS asignada. Proyección Kennedy Jueves 24 Suba Viernes 25			2 OK		
		6. Organización de formatos y material requerido para la operación del programa.	6.1. Kardex de ingresos a la bodega y egreso, (Materiales y Dotación)	5%		1 OK		
		7. Solicitud de Refrigerios, Semanal	7.1. Kardex de ingresos y egresos de pedidos de refrigerios	10%		1 OK		
			7.2 Consolidado del mes			2 OK		
			7.3 Diligenciamiento en el drive de la solicitud de pedidos de refrigerios semanal (jueves de cada semana)			3 OK		
		8. Custodia y control de los equipos de computo e impresión y sedes de trabajo	8.1.Relación de fotocopiado e impresiones	5%		1 OK		Fortalecer este aspecto.
			8.2. Actualización y envio de matriz de arreglos locativos			2 OK		
		9. Inventarios 2023	9.1.Realizar la consolidación y actualización de los inventarios en el excell correspondiente	7%		1 OK		
			9.2 Inventario de equipos Audiovisuales.			2 OK		
			9.3. Inventario ICBF			3 OK		
			9.4. Inventario APC_Actualizar lo que llegue en el mes			4 OK		
		10. Organización y relación de servicios públicos y caja menor.	10.1 Formato de relación servicios públicos.	3%		1 OK		
			10. 2 Organización AZ con los servicios correspondientes a la UDS.			2 OK		
		11. Participar en las dinamicas relacionadas con la operación.	11.1 Asegurar y mantener el orden y la limpieza, junto con el equipo de trabajo, de las unidades de servicio	2%		1 OK		
			11.2. Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes			2 OK		
			TOTAL	97%				

FIRMA CONTRATISTA	Carlos Lugo
NOMBRE:	CARLOS LUGO GOMEZ
C.C.	1023963411

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	MARIA YANETH LOPEZ MOLINA
C.C.	52.397.428

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

Señor(a): CARLOS LUGO GÓMEZ
No. Identificación: CC1023963411
Dirección: CARRERA 3 #0-39 SUR
Telefono: 7354113
Correo: carlos_97lugomez@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8370168280

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	CARLOS LUGO GÓMEZ
Tipo y número de identificación	CC1023963411
Número de planilla	8370168280
Fecha pago	2023-08-16
Número de autorización pago	89908577
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	julio de 2023
Periodo de Cotización Pensión	julio de 2023
Número de Administradoras	2
Total Pagado	335600
Total Intereses de Mora	5000

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
230301	Porvenir	188400	1
EPS005	Sanitas EPS	147200	1

8370168280

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1023963411
APELLIDOS Y NOMBRES: CARLOS LUGO GÓMEZ

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
EPS005	230301	1160000	1160000	0	0	145000	0	185600	0	0	0

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	1023963411	CARLOS LUGO GOMEZ	Carrera 3 #0-39 sur	7354113	carlos_97lugomez@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
8370168250	16/08/2023				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-07	2023-07	N	31/08/2023	8370411030	$6,300	

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					

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

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	28	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 IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	0	0	0
Pensión	0	0	0
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	1	6,100	6,300

PAGADA

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

Movistar 47 % 10:17

¡Tu pago fue exitoso!

Número de autorización: 908577

Fecha y hora: 16/08/23 - 10:16

Planilla Asistida Compensar

No. de planilla 8370168280

Valor	$ 335.600 ,00
Costo de la transacción	Gratis

PAGADO

El pago se realizó desde:

Cuenta de Ahorros

No. 026191999

Realizar nuevo pago

Compartir

¡Tu pago fue exitoso!

Número de autorización: 616186

Fecha y hora: 31/08/23 - 14:04

Planilla Asistida Compensar

No. de planilla 8370411030

Valor $ 6.300.00

Costo de la transacción Gratis

PAGADO

El pago se realizó desde:

Cuenta de Ahorros

No. 237532726



Banco de Bogotá

WWW.BANCODEBOGOTA.COM

Nóminas, Proveedores y Libranzas

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

A continuación el detalle de: Resultado - Crear

No. Autorización	12514215	**Fecha de Emisión**	2023/08/30

Origen

Tipo Producto	Cuenta Ahorros		
Nombre Producto Origen	AHO2756	**No. Producto**	*****2756
Fecha Pago	2023/08/30		

Destino

Tipo Identificación	NIT Persona Jurídica
No. Identificación	8301079851
Beneficiario	ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA
Valor a Pagar	$40,013,885.00
Entidad Financiera	Banco de Bogotá
Tipo Producto	Cuenta Corriente
Producto Destino	075572156
Tipo Pago	NOMINA
Referencia / No. Factura	
Información Adicional	0680000000000PINF
Estado	En Proceso

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

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

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

CUENTA DE COBRO No. 7

ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS
No. DIMFSUBA-CON003

NOMBRE: GINA ISABEL DIAZ MARTINEZ
CEDULA: 1.026.268.309
CUENTA BANCARIA: 079369716 **BANCO:** BOGOTA **AHORRO _X__ CORRIENTE___**
LA SUMA DE: ($3.258.600) Tres millones doscientos cincuenta y ocho mil seiscientos Pesos M/CTE
PERIODO: Fase Atención AGOSTO 2023

CONCEPTO: COORDINADORA DIMF SUBA, UDS San Carlos con 300 Cupos del Contrato No. 11005352023

El Contratista ha desarrollado las obligaciones objeto del CONTRATO con total independencia y autonomía, frente a la Asociación Profesionales de Colombia, razón por la cual no constituye 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 2023_** en constancia:
Firmo _____ CC_____

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

TOTAL, A PAGAR DESPUES DE DESCUENTOS: ($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 Marin guasca
Coordinadora de Proyectos
C.C. 52.989.879

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Gina Isabel Diaz Martinez
C.C. 1.026.268.309
Carrera 81 # 75 – 11 Sur / 3124251320 / gina.idiaz.m@gmail.com

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

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

PROGRAMA	DINF GESTANDO FUTURO SUBA
NOMBRE	GINA DIAZ MARTINEZ
CARGO	COORDINADOR
PERIODO y FECHA	AGOSTO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACION	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCIÓN AGOSTO	7	1. Informe Técnico, qué da cuenta de la ejecución de cada uno de los componentes en el primer mes de Atención	1.1 Formato fit contractual (U entre todos deacuerdo a lo delegado Casita Amarilla)	20%	06-09	ok		
			1.2 Organización Drive a Unidad con los estandares del Contractual y cargar los soportes Existentes Cargados Maximo al 8 de Agosto		06-09	ok		
			1.3 Formato fit Acciones (U. Gina) (Emilce)		06-09.	ok		
			1.4 Actas por seguimiento a * Acompañamiento a Visitas * Acompañamiento encuentro grupal * Acompañamiento a través de Llamadas de verificación RPP * Acompañamiento y verificación de Cartillas Grupales Digitales * Acompañamiento y verificación de Cartillas Familiares Digitales		06-09	ok		6 Actas
		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%	06-09	ok		1 ingreso
		3. Organizar, Monitorear e informar las especificaciones de la cobertura y población a atender	3.1 Formato Certificación de Cobertura (U. Andres - Yolima)	10%	06-09	ok		
			3.2 Formato población Migrante (U. Ledys - Emilce)		06-09	ok		
			3.3 Formato Desplazados (U. Ledys - Emilce)		06-09	ok		
			3.4 Formato Metas Sociales (U. Margarita - Yolima)		06-09	ok		
			3.5 Certificado de no ocurrencia de hechos de Violencia		06-09	ok		
		4. Novedades de Ingresos y egresos. Durante el mes	4.1 Formato de Novedades de la UDS _____ Casos junto con sus soportes	5%	06-09	ok		29
		5. Monitorear el cumplimiento Cuentame al 100% Mensual Nota aclaratoria: No se puede egresar participantes sin la toma de talla y peso	5.1 Cargue de Participantes Nuevos _____de la UDS delegada 100%	5%	06-09	ok		
			5.2 Cargue del 100%Nutricional participantes Nuevos _____		06-09	ok		
			5.3 Actualización de Talento Humano Nuevo		06-09	ok		
			5.4 Cargue de RAM		06-09	ok		
			5.5 Cargue de Formación al 100% (3 formaciones por persona)		06-09	ok		
		6. Organizar, Monitorear y acompañar * Entrega de RPPP * Entrega de Refrigerios	6.1 Formatos RPP - 18 Listados en total_ 3 por profe (Traer los fisicos para verificar _ organizados en una AZ legajados por unidad)	15%	06-09	ok		
			6.2 Formatos de Refrigerio - 72 listados en total _12 por profe (Traer los fisicos para verificar_organizados en una AZ legajados por unidad)		6k-09	ok		
		7. Liderar , Monitorear y acompañar * Encuentro Grupales a las Familias * Visitas en el Hogar a las Familias	7.1 Formatos RAM 18 Listados en total_ 3 por profe (Traer los fisicos para verificar organizados en una AZ legajados por unidad)	15%	06-09	6k		
		8. Construcción de la nómina recepcion y verificación de la documentacion para formalización.	8.1 Formato de nómina en excel Kennedy Jueves 24 Suba Viernes 25	10%	06-09	ok		
			8.2 Chek list de nómina por cargo (100% de los soportes relacionados) de la UDS asignado		06-09	ok		
			8.3 Certificación de cumplimiento de las 18 Personas del equipo (Verificación Técnica)		06-09	ok		
		10. Programación General	10.1 Cronograma de la unidad Encuentro grupales	5%	06-09	ok		
			10.2 Cronograma visitas Por Dupla		06-09	ok		
			1.3 Proyección Grupos de Estudio con Planeacion Acta Registro fotografico		06-09	ok		
			1.4 Grupo Estudio liderado por coordi - Primera Semana del mes		06-09	ok		
		11. Cargue soportes Contractuales	11.1 Cargar digitales por componente_ Contractuales 10 de cada mes la información vencida o del mes que se cierra	20%	06-09	ok		
			11.2 F 23 Buenas prácticas ambientales		06-09	ok.		
		12. Mantenimiento y cuidado de las Sedes	12. Matriz de mantenimiento _ Asegurar y mantener el orden y la limpieza y mantenimiento de las sedes	5%	06-09			
				TOTAL	100%			

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	GINA DIAZ MARTINEZ
C.C.	1.026.266.309

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	AYDEE MARIN GUASCA
C.C.	52.909.875

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **GINA ISABEL DIAZ MARTINEZ**, identificada con **CC** número **1026268309**, aportó por el empleado **GINA ISABEL DIAZ MARTINEZ** identificado(a) con **CC** número **1026268309** 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 07 - 2023 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	INGRESO	RETIRO	TRASLADO DESDE OTRA EPS	TRASLADO A OTRA EPS	TRASLADO DESDE OTRA AFP	TRASLADO A OTRA AFP	VSP	SLN	IGE	LMA	VAC LR	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECCIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	MORA
14-11	ARL SURA	59							X									0	30	$1,312,000	0.00522	$6,900	$0	$0	Julio - 2023	8370258440	22/08/2023	NO
EPS008	Compensar EPS	59							X									0	30	$1,312,000	0.12500	$164,000	$0	$0	Julio - 2023	8370258440	22/08/2023	NO
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	59							X									0	30	$1,312,000	0.16000	$210,000	$0	$0	Julio - 2023	8370258440	22/08/2023	NO

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

Este documento esta clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información

¡Tu pago fue exitoso!

Número de autorización: 565725

Fecha y hora: 22/08/23 - 14:28

Planilla Asistida Compensar

No. de planilla 8370258440

Valor	$ 389.200 ,00
Costo de la transacción	Gratis

El pago se realizó desde:

Cuenta de Ahorros

No. 079369716

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

CUENTA DE COBRO No. 1

ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS
No. DIMF SUBA CON024

NOMBRE: Andrea Julieth Mayo Sánchez
CEDULA: 1.026.573.727 BOGOTA
CUENTA BANCARIA: 237559695 **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 AGOSTO 2023

CONCEPTO: AGENTE EDUCATIVO Perfil 1 DIMF SUBA, Unidad San Carlos con 50 Cupos del Contrato No. 11005352023

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

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI __ **NO X_** a partir de la fecha Día_ **Mes _ Año 2023_** en constancia:
Firmo _____ CC_____

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

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

Autorizado por:

Gina Isabel Diaz Martinez
Coordinadora
C.C. 1.026.268.309

Aprobado por:

Ana Rocio Quiroz Manrique
Representante legal
C.C 52.339.600

Atentamente,

Andrea Julieth Mayo Sánchez
C.C. 1.026.573.727 BOGOTA
Dirección: Carrera 102B # 148-40 / 3193213653 / correo: andreitamayo10@gmail.com

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

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO POR CARGO
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
CTO # 5130/515/2023

PROGRAMA	[illegible]
NOMBRE	[illegible]
CARGO	[illegible]
MES Y FECHA	[illegible]

FASE	PASO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	PLANTEAMIENTO DE CARGOS	PORCENTAJE	FECHA DE REVISIÓN	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCIÓN A NIÑOS	4		[illegible]	%	04-09	x		
		1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación y subidos al drive correspondiente de Grupo de Atención	1.2 Con la cigüeña [illegible] v. Diligenciamiento de la modalidad social: Agosto Cuenta de cuidado	%	04-09	x		
			2.1. Planeación Encuentro en el hogar (1 por cada participante - cargada en drive en el cuaderno digital en el drive correspondiente - de acuerdo al grupo atareo) - Trabajo desde la primera atención	%	04-09	x		
		2. Desarrollar de manera exitosa planeada y pactada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación. (DMF) Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación, tener en cuenta lo planeado en los micro proyectos	2.2 Cronograma de visitas con las respectivas Firmas - Las evidencias en Cero años de los 50 y 11 ___ encuentros en el hogar de acuerdo a su Grupo de atención correspondiente	%	04-09	x		
			1. Cartilla digital Para uno 2. Cronograma al 100% digerido 3. Actualización de la Cronograma de encuentros (seguimiento) 4. Diligenciamiento de asistencia - planilla de atención 5. Portal Seguimiento a la planeación de encuentros	%	04-09			
		3. Consolidar Organizadas, actualizadas y digitalizadas con la documentación requerida tanto en físico como en drive. (50)	3.1 Formato de uso de imágenes y de inscripción de NNA	%	04-09	x		
			3.2 Formato compromiso entrega de documentos a todos los participantes	%	04-09	x		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo si el Jardín informa de cada mes sus ingresos y egresos ___ durante el mes de Abril	[illegible] Agosto 18	%	04-09	x		
			[illegible] Agosto 9	%	04-09	x		
			[illegible] 15 Agosto	%	04-09	x		
		5 Entrega de Formatos de Fam, Refugiados Pap y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.	5.1 RAM	%	04-09	x		
			5.2 Refugiados	%	04-09	x		
			5.3 Formato RPP	%		x		
			5.4 Fotografías uno a uno de la entrega de RPP - en power Point	%	04-09	x		20 Entregados
			5.5 Formato de Bienestarina Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni enmendaduras	%	04-09	x		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, grupo, o falta de algún documento	6.1 Formato de novedades en físico por grupo de atención - Se aplica y subida al drive	%	04-09	x		
			6.2 Formato de compromiso de documentos con los seguimientos respectivos en físico y subido al drive correspondiente del grupo de atención	%	04-09	x		
			6.3 Formatos de novedades y compromisos de entregas documentales firmado por las familias (Formato APC)	%	04-09	x		
		7. Entrega y socialización de las escalas	7.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que aplican para el mes Agosto__ (documento en físico en las carpetas y escaneado en la carpeta digital del participante) (Segunda aplicación ingresos Febrero y primeros ingresos Mayo)	%	04-09	x		24 aplicados
			7.3 Socialización de la escala ___ (participantes ingresos abril)	%	04-09	x		
		8. Informe de caracterización de practicas de acuerdo con el F7	8.1 Informe y análisis con base en las gráficas que arroja el F7 grupal	%	04-09	x		
			8.2 Informe y análisis con base en las gráficas que arroja el F7 individual	%	04-09	x		
		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 del semanario y temática del mes	%	04-09	x		
			9.2 Los espacios interiores deben contar con una intencionalidad pedagógica	%	04-09	x		
			9.3 Buen uso de los materiales de consumo que se emplean para la ambientación	%	04-09	x		
		10. Participar y apoyar en las dinámicas institucionales con la ejecución	10.1. Asegurar y mantener el orden y la limpieza junto con el equipo de trabajo de las unidades de servicio	%	04-09	x		
			10.2. Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes	%	04-09	x		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Andrea Mejo
NOMBRE:	[illegible]
C.C.	1.026.573.727

FIRMA COORDINADORA	Tonya Diaz
NOMBRE:	
C.C.	1026268309



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.026.573.727

MAYO SANCHEZ

APELLIDOS

ANDREA JULIETH

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 10-OCT-1992

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 ESTATURA

A+ G.S. RH

F SEXO

12-OCT-2010 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-1500150-00534468-F-1026573727-20140109 0036484207A 2 1232678553

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo documento de identificación (NIT, TI, CE, CC, PA, CD)	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación
Dirección | Teléfono Fijo

Correo Electrónico | Municipio / Distrito | Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación
Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad (CN, RC, TI, CC, CE, PA, CD, SC)	Número del 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

- [x] 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.
- [x] 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.
- [x] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [x] 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 o 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.

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial (Código del Municipio, Código del Departamento)	67. Datos del SISBÉN (Número de ficha, Puntaje, Nivel)	68. Fecha de Radicación (D D M M A A A A)	69. Fecha de Validación (D D M M A A A A)

70. Datos del funcionario que realiza la validación
Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento	Número de documento de identidad	71. Firma del Funcionario

Observaciones:

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

SERVICIOS DE SALUD IPS OFICINA PRINCIPAL
RECIBIDO PARA VALIDACIÓN POR LA EPS
2-4-AGO-2023

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial

Sello de Radicación
RECIBIDO POR:

Sticker procesamiento
7(c(cc07)

Powered by CamScanner

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: 2023.08.24 08:44:57 -05:00

Código de Seguridad: eClxjd1ay++I9g/PgObxZw==

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

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO

ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082

VERSIÓN CLAUSULADO 06-04-2021-1317-P-05-PPSUSJR000000059-D001

No. PÓLIZA	No. ANEXO	No. CERTIFICADO	No. RIESGO
COQ-100000981	0	532001737	

TIPO DE DOCUMENTO	FECHA DE EXPEDICIÓN	SUC. EXPEDIDORA
	23/08/2023	CEN ORINOQUIA

VIGENCIA DESDE		VIGENCIA HASTA		DÍAS	VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE		VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA	
00:00 Horas Del	14/08/2023	24:00 Horas Del	08/01/2024		N/A	N/A	N/A	N/A

TOMADOR	MAYO SANCHEZ, ANDREA JULIETH	**No. DOC. IDENTIDAD**	1.026.573.727
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-DIMFSUBA-CON145 , CUYO OBJETO ES

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

NOMBRE DEL AMPARO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA$	VALOR PRIMA$
CUMPLIMIENTO	00:00 Horas Del 14/08/2023	24:00 Horas Del 31/12/2023	1.194.336,00	10.000,00
CALIDAD DEL SERVICIO	00:00 Horas Del 14/08/2023	24:00 Horas Del 08/01/2024	1.194.336,00	10.000,00
		TOTAL ASEGURADO	$ 2.388.672,00	

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

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

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

CONVENIO DE PAGO DIRECTO EFECTIVO, Fecha de Pago: 23/08/2023

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 POLIZA INGRESANDO A PRODUCTOS.MUNDIALSEGUROS.COM.CO, DIGITA EL NÚMERO DEL CERTIFICADO QUE ENCUENTRAS EN LA PARTE SUPERIOR DE ESTE DOCUMENTO Y VIVE LA EXPERIENCIA DE ESTAR ASEGURADO CON EL RESPALDO DE SEGUROS MUNDIAL. TAMBIEN PUEDES LLAMAR A LA LINEA NACIONAL 01 8000 111 935 O LINEA EN BOGOTÁ 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 AQUI 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 de Seguros S.A.
ANGELA MUNAR - VICEPRESIDENTE DE PRODUCTO
C.C. 52.646.070

TOMADOR

Lineas 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.

AFILIADO A LA CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA

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 ANDREA JULIETH MAYO SANCHEZ, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 1.026.573.727 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 237559695, abierta/o desde el 13/8/2023.

Se expide en Bogotá el día 14 del mes de Agosto del año 2023 con destino a: Asociación profesionales de Colombia

Firma Autorizada

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

DIAN
POR UNA COLOMBIA MAS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto: 13 Actualización de oficio

4. Número de formulario: 14599019759

(415)7707212489984(8020) 000001459901975 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá	14. Buzón electrónico
1026573727	1	32	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión iliquida 2	Cédula de Ciudadanía 13	1026573727	2010 10 12

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MAYO	SANCHEZ	ANDREA	JULIETH

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 16 19 A 23 IN 1 AP 301

42. Correo electrónico

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	2014356	

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
7499	2012 04 30							

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

53. Código: 49

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros	Exportadores
54. Código	55. Forma / 56. Tipo / Servicio 1 2 3 / 57. Modo / 58. CPC

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X]

60. No. de Folios: 0

61. Fecha: 2019 - 06 - 08

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

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Ciudad: BOGOTÁ D.C Mes: AGOSTO Día: 30 Año: 2023

CUENTA DE COBRO No. 7

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. DIMF SUBA- CON036

NOMBRE: **ANGIE NATHALY ROJAS GONZALEZ**
CEDULA: **1.014.208.424**
CUENTA BANCARIA: **237531660**, BANCO: BOGOTÁ AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: **($2.296.800) DOS MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS PESOS M/CTE.**
PERIODO: **FASE ATENCIÓN AGOSTO** 2023

CONCEPTO: AGENTE EDUCATIVA DIMF Gestando Futuro Suba san Carlos con 50 cupos dentro del CONTRATO 11005352023

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

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

Gina Diaz Martínez
Coordinador
C.C. 1.026.268.309

Aprobado por:

Ana Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: **ANGIE NATHALY ROJAS GONZALEZ**
C.C. 1.014.208.424. BTA
DR. CLL 149B # 115 21 APT 302 / 3168719141/ anarogo0@gmail.com

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

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

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO SUBA
NOMBRE	ANGIE NATHALY ROJAS GONZALEZ
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	AGOSTO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION AGOSTO	7	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales **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) 14 de Agosto	10%	04-09	ok		
			1.2 Cartilla digital: i. Parte uno: conociendonos al 100% diligenciada, 14 Agosto ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada. 14 Agosto iii Diligenciamiento de la parte dos. Priorización de Practicas. 14 Agosto iv. Diligenciamiento de la movilizacion social: Agosto Cometa de sueños.	5%	04-09	ok		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF) **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) - historica desde la primera atencion	5%	04-09	ok		
			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	5%	04-09	ok		
			2.3 Cartilla digital Parte uno: i. Conociendonos al 100% diligenciada. ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada. iii. Seguimiento al desarrollo, escala de valoración iv. Parte 5 Seguimiento a situaciones de riesgo diligenciada	5%	04-09	ok		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en físico como en drive (SO)	3.1 Formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF	3%	04-09	ok		
			3.2 Formato compromiso entrega de documentos a todos los participantes	2%	04-09	ok		
		4. Ingresos y Egresos 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 Agosto 15	5%	04-09	ok		
			4.2 Soportes de egreso (con la aprobación de la coordinación) Agosto 15	5%	04-09	ok		
			4.3 Soportes de ingreso (soportes subidos al drive correspondiente: RC del participante, cedula del acudiente, recibo de servicio publico de la vivienda, carnet vacunas, crecimiento y desarrollo, vinculacion a EPS y compromisos de acuerdo a los documentos pendientes) 15 Agosto	5%	04-09	ok		
		5 Entrega de Formatos de Rani, Refrigerios,Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras	5.2 Refrigerios	2%	04-09	ok		
			5.3 Formato RPP	2%	04-09	ok		
			5.4 Fotografías uno a uno de la entrega de RPP (en power Point	2%	04-09	ok		50 Entregados
			5.5 Formato de Bienestarina Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni enmendaduras	2%	04-09	ok		
		6. Entrega de Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento	6.1 Formato de novedades en físico por grupo de atencion (si aplica) y subido al drive	5%	04-09	ok		
			6.2 Formato de compromiso de documentos con los seguimientos respectivos en físico y subido al drive correspondiente del grupo de atención	2%	04-09	ok		
			6.3 Formatos de novedades y compromisos de entregas documentales firmado por las familias (formato APC)	3%	04-09	ok		
		7. Entrega y socializacion de las escalas	7.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que aplique para el mes Agosto__ (documento en físico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante) (Segunda aplicacion ingresos Febrero y primeros ingresos Mayo)	5%	04-09	ok		22 aplicadas
			7.2 Socializacion de la escala ____ (participantes ingresos abril)	5%	04-09	ok		
		8. Informe de caracterizacion de practicas de acuerdo con el F7	8.1 Informe y analisis con base en las graficas que arroja el F7 grupal	5%	04-09	ok		
			8.2 Informe y analisis con base en las graficas que arroja el F7 individual	5%	04-09	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 y tematica del mes.	1%	04-09	ok		
			9.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica	2%	04-09	ok		
			9.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación	2%	04-09	ok		
		10. Participar y apoyar en las dinamicas relacionadas con la operación.	10.1 Asegurar y mantener el orden y la limpieza junto con el equipo de trabajo, de las unidades de servicio	2%	04-09	ok		
			10.2 Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes	3%	04-09	ok		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	ANGIE NATHALY ROJAS GONZALEZ
C.C.	1014208424

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	GINA DIAZ MARTINEZ
C.C.	1 026 268 309

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 1014208424		ROJAS GONZALEZ ANGIE NATHALY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 149 B NO. 110 - 21 APTO 302	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4646585	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-07	2023-07	96481443	94538724 17	I	2023/08/08	2023/08/11	BANCO DAVIVIENDA	3	$344,100

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			$1,000,000	$6,000			$1,160,000	$6,100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$1,000,000	$6,000			$1,160,000	$6,100		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$1,000,000	$6,000			$1,160,000	$6,100		$0	$0
1	CC	1014208424	ROJAS ANGIE	211001	30	$1,160,000	$185,600	EPS008	30	$1,160,000	$145,000	CCF24	30	$1,000,000	$6,000	14-11	30	$1,160,000	$6,100	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$1,000,000	$6,000			$1,160,000	$6,100		$0	$0

2023/08/10 08:23 PM



¡Hola, Angie Nathaly Rojas Gonzalez

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

Estado de la Transacción: Aprobada
CUS: 96481443
Empresa: APORTES EN LINEA
Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9453870417
Valor de la Transacción: $ 344.100
Fecha de Transacción: 10/08/2023

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 frencuentemente.

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

CUENTA DE COBRO No. 7

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. DIMFSUBA-CON018

NOMBRE: DIANA MARCELA BELLO RODRIGUEZ
CEDULA: 1.019.020.301
CUENTA BANCARIA: 005410188 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 AGOSTO 2023

CONCEPTO: AGENTE EDUCATIVA DIMF SUBA, SAN CARLOS CON 50 CUPOS ASIGNADOS CONTRATO NÚMERO 11005352023.

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

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI __ **NO_X__** a partir de la fecha Día Mes Año 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:

Gina Díaz Martínez
Coordinadora:
C.C. 1.026.268.309

Aprobado por:

Ana Rocio Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Diana Bello

NOMBRE: DIANA MARCELA BELLO RODRIGUEZ
C.C. 1.019.020.301 Bogotá D.C
DR.CRA 103 # 130 C 32 / 3023021458 / dianambello.r@gmail

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	DANE GESTANDO FUTURO SUBA
NOMBRE	DIANA MARCELA BELLO RODRIGUEZ
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	AGOSTO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION AGOSTO	6	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales **Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación y subidos al drive correspondiente del Grupo de Atencion**	1.1 Planeacion de cada encuentro grupal con las actividades propuestas en las guias correspondientes (formato ICBF) 14 de Agosto	10%	04-09	ok		
			1.2 Cartilla digital: i. Participo activamente el 100% diligenciado 14 Agosto ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada 14 Agosto iii. Diligenciamiento de la ficha de Priorización de Predios 14 Agosto iv. Diligenciamiento de la movilizacion social: Agosto Cometa de sueños	5%	04-09	ok		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DMF) **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) - historica desde la primera atencion	5%	04-09	ok		
			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	5%	04-09	ok		
			2.3 Cartilla digital Parte uno i. Conociendonos al 100% diligenciada ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada iii. Seguimiento al desarrollo: escala de valoración iv. Parte 5 Seguimiento a situaciones de riesgo diligenciada	5%	04-09	ok		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en físico como en drive (50)	3.1 Formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF	3%	04-09	ok		
			3.2 Formato compromiso entrega de documentos a todos los participantes	2%	04-09	ok		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo el el ultimo viernes de cada mes sus ingesos y egresos ____ durante el mes de Abril	4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes Agosto 15	5%	04-09	ok		
			4.2 Soportes de egresos (ej. la compra de la alimentación) Agosto 15	5%	04-09	ok		
			4.3 Soportes de ingresos (ej.actas suscritas al inicio del segundo pago de la participante, debidamente aquitanta, recibo de remesa, pago de la vivienda, etc) del vestuario, alimentario y pasajes, actualizados EPM y cumplimiento de acuerdo a los documentos pertinentes. 15 Agosto	5%	04-09	ok		
		5. Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios, Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras		2%	04-09	ok		
			5.2 Refrigerios	2%	04-09	ok.		
			5.3 Formato RPP	2%	0909	ok.		20 entregas
			5.4 Fotografías uno a uno de la entrega de RPP - en power Point	2%				
			5.5 Formato de Bienestarina Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni enmendaduras	2%	04-09	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) y subido al drive	5%	04-09	ok		
			6.2 Formato de compromiso de documentos con las seguridades respectivas firmado y subido al drive correspondiente del grupo de atención	2%	04-09	ok		
			6.3 Formatos de novedades y compromisos de entregas documentales firmado por las familias (formato APC)	3%	04-09	ok		
		7. Entrega y socializacion de las escalas	7.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que aplique para el mes Agosto__ (documento en físico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante) (Segunda aplicacion ingresos Febrero y primera ingresos Mayo)	5%	04-09	ok		22 aplicadas
			7.2 Socializacion de la escala ____ (participantes ingresos abril)	5%	04-09	ok		
		8. Informe de caracterizacion de practicas de acuerdo con el F7	8.1 Informe y analisis con base en las graficas que arroja el F7 grupal	5%	04-09	ok		
			8.2 Informe y analisis con base en las graficas que arroja el F7 individual	5%	04-09	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 Ambientacion de espacios fisicos de la UDS acorde al proyecto pedagogico con periodo y tematica del mes	1%	04-09	ok		
			9.2 Los espacios interiores deben contar con la intencionalidad pedagogica	2%				
			9.3 Buen uso de los materiales de consumo que se emplean para la atencion(es)	2%	04-09	ok		
		10. Participar y apoyar en las dinamicas relacionadas con la operación	10.1 Asegurar y mantener el orden y la limpieza, junto con el equipo de trabajo, de las unidades de servicio	2%	04-09	ok.		
			10.2 Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes	3%	04-09	ok.		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Diana Bello.
NOMBRE:	DIANA MARCELA BELLO RODRIGUEZ
C.C.	1.019.020.301

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	1026268209
C.C.	Cama 0197

6 Septiembre

PAGOSIMPLE | Prefactura

Simple.

Fecha creación reporte: 2023-08-11, 03:PM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Periodo Cotización: julio de 2023 Periodo Servicio: julio de 2023 Referencia pago(PIN): 8845677210

Fecha límite de pago: 2023-08-02

GUARDADA 12/07/2023

TOS DEL APORTANTE

n Social	DIANA MARCELA BELLO				
mento	CC1019020301	Dirección	CRT 103 #130 C - 32		
de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3023201458		
Persona	NATURAL	Forma	UNICA	Total	1
ad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.		
esentante Legal		Identificación			

MPORTANTE: SEÑOR APORTANTE, POR FAVOR VERIFIQUE LA LIQUIDACIÓN ANTES DE REALIZAR EL PAGO, Simple S.A., da por entendido que, de realizar el pago con esta planilla, usted está de acuerdo con la rmación consignada, en consecuencia, la atención de cualquier inconsistencia con las administradoras es su responsabilidad. Recuerde realizar el pago de sus aportes al Sistema General de Seguridad Social dentro de las has establecidas y evite posibles inconvenientes en la prestación de los servicios con sus administradoras. Por favor tenga en cuenta que los pagos realizados después de las 3.00 p.m., se harán efectivos el siguiente día hábil.

ETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
ación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	CUN	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APFP	Días ERPS	Días AFP	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 Ministerio	Total
1067	BELLO RODRIGUEZ DIANA MARCELA	59	0																	0	30	30	30	PORVENIR	$1.160.000	$185.600	COMPENSAR EPS	$1.160.000	$145.000	ARL SURA	$1.160.000	$6.100	NINGUNA CCF	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$336.700

OTALES

ensión	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,	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE	TOTAL INTERESES	TOTAL FINAL
1.160.000	$1.160.000	$1.160.000	$0	$185.600	$0	$0	$145.000	$6.100	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$336.700	$0	$336.700

FORMACION

Día hábil de pago sin mora
2

Período de cotización salud											
Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Centro de Servicios Cafam - Supermercados Colsubsidio

8888456772100000000991231

Mibanco - Corresponsables AKI - Supermercados

(415)7709998485884(8020)8845677210(3900)0000000(96)20991231

DIOS DE PAGO PRESENCIALES Corresponsales: Punto de pago - Punto Red - AKI (MiBanco) - MOViiRED / Centro de Servicios: Cafam Suba / Supermercados: Tiendas Cencosud (Jumbo, Metro y Spid) - Colsubsidio - Comfandi / App: MOVii – ClaroPAY / Bancos: Mibanco - Banco de Occidente. Consulta otros medios de pago en:

https://pagosimple.com/puntos-de-

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

MOVIIRED

11/08/2023 16:03:13
PAPELERIA Y VARIEDADES
MATIAS
#097120

No. transacción
ON230811.1603.J07304

TRANSACCIÓN EXITOSA
PAGO DE FACTURAS

No. autorización 0
Convenio: SIMPLE S A NUEV
No. Ref: 8845677210
Valor: $341,400

Ciudad: BOGOTÁ D.C Mes: AGOSTO Día: 30 Año: 2023

CUENTA DE COBRO No. 3

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. DIMF SUBA-CON134

NOMBRE: VANESSA CARRASQUILLA ROMERO
CEDULA: **1.020.751.182 BOGOTÁ**
CUENTA BANCARIA: 802349696, BANCO: BOGOTÁ AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: **($ 2.296.800) DOS MILLONES DOCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS PESOS M/CTE.**
PERIODO: **FASE ATENCIÓN AGOSTO** 2023

CONCEPTO: AGENTE EDUCATIVA DIMF Gestando Futuro Suba san Carlos con 50 cupos dentro del CONTRATO 11005352023

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

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

Gina Isabel Diaz Martínez
Coordinador
C.C. 1.026.268.309

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Vanessa Carrasquilla R.
NOMBRE: VANESSA CARRASQUILLA ROMERO
C.C. **1.020.751.182 BOGOTÁ**
DR. Calle 132ª 94B-53 / 3106832196 / vacaro0319@gmaill.com

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

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

PROGRAMA	DIMF SEMBRANDO FUTURO SUBA
NOMBRE	Vanessa Carvajalino
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	AGOSTO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION AGOSTO	4	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales. Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación y subidas al drive correspondiente del Grupo de Atención	1.1 Planeación Grupal, con las cuatro planeaciones de las áreas correspondientes. Formato ICBF, 14 de Agosto	10%	04-09	OK		
			1.2 Cartilla digital i. Parte uno: conociendonos al 100% diligenciada. 14 Agosto ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada. 14 Agosto iii. Diligenciamiento de la parte dos: Priorización de Practicas. 14 Agosto iv. Diligenciamiento de la movilización social. Agosto Carrera de sueños.	5%	04-09	OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 90 minutos de formación. (DIMF) Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación, tener en cuenta la planeación 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) - historia desde la primera atención	5%	04-09	OK		
			2.3 Cronograma de visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 90 y/o ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atención correspondiente	5%	04-09	OK		
			2.3 Cartilla digital Parte uno: i. Conociendonos al 100% diligenciada. ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada. iii. Seguimiento al desarrollo, escala de valoración iv. Parte 5 Seguimiento a situaciones de riesgo diligenciada	5%	04-09	OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en fisico como en drive (SO	3.1 Formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF	3%	04-09	OK.		
			3.2 Formato compromiso entrega de documentos a todos los participantes	2%	04-09	OK		
		4. Ingresos y Egresos 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 Agosto 15	5%	04-09	OK		
			4.2 Soportes de egresos con la aprobación de la coordinación) Agosto 15	5%	04-09	OK		
			4.3 Soportes de ingreso: (soportes subidos al drive correspondiente. RC de participante, cédula de acudiente, recibo de servicio público de la vivienda, carnet vacunas, preinfantil y desarrollo, vinculación EPS y compromiso de acuerdo a los documentos pendientes. 15 Agosto	5%	04-09	OK		
		5 Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios Ppc y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras	5.2 Kangaroo	2%	04-09	OK		
			5.3 Formato EPP	2%	04-09	OK		
			5.4 Fotografías uno a uno de la entrega de KPP - en power Point	2%	04-09	OK		90 entregas
			5.5 Formato de Bienestarina Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni enmendaduras	2%	04-09	OK		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, grips, o falta de algun documento	6.1 Formato de novedades en físico por grupo de atención (si aplica) y subido al drive	5%	04-09	OK		
			6.2 Formato de compromiso de documentos con los seguimientos respectivos en físico y subido al drive correspondiente del grupo de atención	2%	04-09	OK		
			6.3 Formatos de novedades y compromisos de entregas documentales firmado por las familias (formato APC)	3%	04-09	OK		
		7. Entrega y socializacion de las escalas	7.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que aplique para el mes Agosto__ (documento en físico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante) (Segunda aplicación ingresos Febrero y primero ingresos Mayo)	5%	04-09	OK		28 aplicadas
			7.2 Socialización de la escala ____ (participantes ingresos abril)	5%	04-09	OK		
		8. Informe de caracterizacion de practicas de acuerdo con el F7	8.1 Informe y analisis con base en las graficas que arroja el F7 grupal	5%	04-09	OK		
			8.2 Informe y analisis con base en las graficas que arroja el F7 individual	5%	04-09	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 y tematica del mes.	1%	04-09	OK		
			9.3 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica.	2%	04-09	OK		
			9.3 Buen uso de los materiales de consumo que se emplean para la ambientación	2%	04-09	OK		
		10. Participar y apoyar en las dinamicas relacionadas con la operación	10.1. Asegurar y mantener la aseo y el orden junto con el equipo de trabajo, de las unidades de servicio	2%	04-09	OK		
			10.3. Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes	3%	04-09	OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Vanessa Carvajalino
NOMBRE:	Vanessa Carvajalino
CC.	1020951182

FIRMA COORDINADOR/A	
NOMBRE:	Olga Diaz
CC.	1026268209

6 septiembre

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	1020751182	VANESSA CARRASQUILLA ROMERO		calle 132 a 49b53	4453161	vacar0319@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**		
ÚNICA	1 – Independiente			BOGOTÁ, D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA

PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-08	2023-08	I	16/08/2023	73158190	$359.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	145.000	0		0		0	0	0	0	145.000	1

TOTALES PENSIÓN

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

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-8	Seguros Vida Aurora	860022137-5	6.100				6.100	0	0	6.100			51	6.100	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	23.200	0	0	23.200	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	145.000	145.000
Pensión	1	185.600	185.600
Riesgos Laborales	1	6.100	6.100
CCF	1	23.200	23.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	359.900	359.900

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	1020751182	VANESSA CARRASQUILLA ROMERO		calle 132 a #94c53	4453161	vacar0319@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UN CA	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	
2023-08	2023-08	I	15/08/2023	73158190	$359.900	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colombia	Pensión	Solidario	Cotiz. exterior	Extranjero	IRG	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	INL	COMISIONES	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cod. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	1020751182	CARRASQUILLA ROMERO VANESSA	57	2			N																	230301	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS008	1.160.000	145.000	14-8	1.160.000	1	6.100	CCF24	1.160.000	23.200	0	0	0	0	0

PAGADA

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



¡Hola, Vanessa Carrasquilla

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: 104989661
Empresa: COMPENSAR-OI
Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Valor de la Transacción: $ 359.900
Fecha de Transacción: 15/08/2023

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 frencuentemente.

pse

ACH Colombia Oficial

@ACHColombia_

ACHColombiaOficial

ACH Colombia Oficial

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

CUENTA DE COBRO No. 1

ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS
No. DIMF SUBA CON011

NOMBRE: Gloria Katherin Garcia Muñoz
CEDULA: 1.233.755.213
CUENTA BANCARIA: 228277208 **BANCO:** BOGOTA **AHORRO** _X__ **CORRIENTE**___
LA SUMA DE: ($1.469.640) Un millón cuatrocientos sesenta y nueve mil seiscientos cuarenta Pesos M/CTE
PERIODO: Fase Atención AGOSTO 2023

CONCEPTO: AGENTE EDUCATIVO Perfil 1 DIMF SUBA, Unidad San Carlos con 50 Cupos del Contrato No. 11005352023

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

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI __ **NO X_** a partir de la fecha Día_ **Mes _ Año 2023_** en constancia:
Firmo _____ CC_____

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

TOTAL, A PAGAR DESPUES DE DESCUENTOS: ($1.469.640) Un millón cuatrocientos sesenta y nueve mil seiscientos cuarenta 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:

Gina Diaz
Gina Isabel Diaz Martinez
Coordinadora
C.C. 1.026.268.309

Aprobado por:

Ana Roció Quiroz Manrique
Representante legal
C.C.52.239.600

Atentamente,

Gloria K Garcia M
Gloria Katherin García Muñoz
C.C. 1.233.755.213
Dirección: Carrera 53 # 130-49 / 3209916278 / correo: gkgarcia193@gmail.com

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

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

PROGRAMA	DMF GESTANDO FUTURO SUBA/KENNEDY
NOMBRE	Gloria Katherin García Muñoz
CARGO	PSICOSOCIAL
PERIODO y FECHA	AGOSTO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION AGOSTO	7	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 delegados, 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.	5%		OK		
			1.2 Acta de proceso o Formato de novedades.Resaltar los nuevos en un color diferente.	5%				
		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)	Gestiones de salud,citas médicas y vacunación realizarlas antes del 15 de AGOSTO.	5%		OK		
		3. Validación criterios de focalizacion junto con el documento de identidad, de los nuevos ingresos de AGOSTO, que son_____	3.1 Formato Visita Criterios de Focalización_____ para los casos de ingreso nuevos que aplique	2%		OK		visitas 7
			3.2. Subir al drive creado por grupo territorial los criterios de focalización de los participantes nuevos_____, a los cuales no aplica visita. Se carga la totalidad de Criterios de Focalización de _____ Participantes correspondientes a los tres grupos de atención delegados	2%		OK		
			3.3 Cronograma de Visitas - Firma de las familias Visitadas (Formato APC).	2%				Pendiente
			3.4 Organizacion base de criterios, nuevos ingresos a la fecha.	4%				
		4. Realizacion procesos de caracterización, de las _____ ingresos nuevos de las Unidades delegdas en el territo	4.1 Link_ diligenciado por _____ Nuevos participantes	5%		OK		
			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).	5%				
		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	2%		OK		
			5.3 Planeación de la Jornada	3%		OK		
			5.4. Acta, y Firmas	4%		OK		
		6. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias,AGOSTO (Escala cualitativa seguimiento al desarrollo)	6.1 Planeación cargada al drive	3%		OK		
			6.2 Realización de los 9 talleres, de las UAS delegadas	10%		OK		
			6.3 Acta de proceso con listados de asistencias en físico y digital,	10%		OK		
			6.4. Registro fotografico.	2%		OK		
		7.Seguimiento a poblacion migrante y desplazados	7.1 Base excel poblacion migrante y desplazados, Formatos APC	5%				
		8.Activacion de rutas según sea el caso	8.1 Formatos de seguimientos,remisiones.	3%				N/A
			8.2 Matriz de seguimiento a casos., Priorizados y remitidos (Formato APC)_____ Casos .Tener en cuenta los casos que arrojen ALERTA.	8%				N/A
		9. Aportar a las cartillas de encuentro en el hogar, familiograma de cada familia participante	9.1 Cartilla encuentro en el hogar Familograma de los participantes que ingresaron en el mes___	5%				N/A
			9.2 Seguimiento de los casos priorizados, en el apartado correspondiente	5%				N/A
		10. Informe de gestión mensual en el formato fli contractual y general de acciones	10. Formato de Informe – Enviado por Coordinación Drive	5%				N/A
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	GLORIA K GARCIA M
NOMBRE:	Gloria Katherin García Muñoz
C.C.	1033755213

68%
60% Cumplimiento

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	
C.C.	52357430

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2023-08-25, 02:29:54 PM Tipo Planilla: I. PLANILLA INDEPENDIENTES Número Planilla: 1056275047

Periodo Cotización: julio de 2023 Periodo Servicio: julio de 2023 Referencia pago (PIN): 8840462110

PAGADO 25/08/2023

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	GLORIA KATHERIN GARCIA MUÑOZ		
Documento	CC1033755213	Dirección	CL 77A #113 A - 49
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3209916278
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	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	SUS	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APO	Días ARP	Días APF	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Mi Educación	Total
CC 1033755213	GLORIA KATHERIN GARCIA MUÑOZ	59	00																	0	30	30	0	[CM261] PROTECCION	$ 1.160.000	$ 185.600	[EPS217] PAGOSANAR EPS	$ 1.160.000	$ 145.000	0.522	$ 1.160.000	$ 6.100	[ARL-CC] ARGUSIA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 336.700

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.160.000	$ 1.160.000	$ 1.160.000	$ 0	$ 185.600	$ 145.000	$ 6.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 336.700	$ 8.400	$ 345.100

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6345444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

Powered by CamScanner

Banco de Bogotá

Nit.860.002.964.4
Calle 36 N° 7- 47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que GLORIA KATHERIN GARCIA MUNOZ, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 1.033.755.213 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 228277208, abierta/o desde el 8/8/2023.

Se expide en Bogotá el día 9 del mes de Agosto del año 2023 con destino a: A quien interese

Firma Autorizada

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

Powered by CamScanner

CIUDAD: BOGOTÁ D.C MES: AGOSTO DÍA: 30 AÑO: 2023

CUENTA DE COBRO No. 1

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. DIMF SUBA-CON 143

NOMBRE: LUISA FERNANDA GUTIÉRREZ BOLÍVAR
CEDULA: 1.015.405.421
CUENTA BANCARIA: --275491124-- BANCO: BOGOTÁ AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: ($3.062.400) TRES MILLONES SESENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS PESOS M/Cte.
PERIODO: FASE ATENCIÓN AGOSTO 2023

CONCEPTO: PROFESIONAL PSICOSOCIAL DIMF SUBA UDS. SAN CARLOS CON 200 CUPOS ASIGNADOS EN EL CONTRATO NÚMERO 11005352023

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

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI __ **No_X_** a partir de la fecha Día Mes Año 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:

Gina Diaz Martínez
Coordinador
C.C. 1.026.268.309

Aprobado por:

Ana Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente: Luisa Fernanda Gutiérrez B.
NOMBRE: Luisa Fernanda Gutiérrez Bolívar
C.C. 1.015.405.421
DR: -CALLE 81 #102-60 TEL: 3228428309 CORREO: - luisagutierrezb.13@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

PROGRAMA	EMF GESTANDO FUTURO SUSA SAN CARLOS
NOMBRE	LUISA FERNANDA GUTIERREZ BOLIVAR
CARGO	PSICOSOCIAL
PERIODO y FECHA	AGOSTO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION AGOSTO	7	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	5%	04-09	OK		200 OK
			1.2 Acta de proceso o Formato de novedades Resaltar los nuevos en un color diferente	5%	04-09	OK		29 OK
		2. Gestión de las 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 ejecutando)	Gestiones de salud citas médicas y vacunación **realizarlas antes del 15 de AGOSTO.**	5%	04-09	OK		
		3. Validación. criterios de focalizacion junto con el documento de identidad, de los nuevos ingresos de AGOSTO, que son_____	3.1 Formato Visita Criterios de Focalización_20__ para los casos de ingreso nuevos que aplique	2%	04-09	Ok		29 Ok
			3.2 Subir al drive creado por grupo territorial los criterios de focalización de los participantes nuevos__9__, a los cuales no aplica visita. Se carga la totalidad de Criterios de Focalización de _20_ Participantes correspondientes a los tres grupos de atención delegados	2%	04-09	OK		29 Ok
			3.3 Cronograma de Visitas - Firma de las familias Visitadas (Formato APC)	2%	04-09	OK		1 Visita
			3.4 Organizacion base de criterios, nuevos ingresos a la fecha	4%	04-09	OK		29 OK
		4. Realizacion procesos de caracterización, de las _____ ingresos nuevos de las Unidades delegdas en el territo	4.1 Link_ diligenciado por 29_ Nuevos participantes	5%	04-09	OK		29 OK
			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)	5%	04-09	OK		Pendiente Unitra 29 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	2%	04-09	OK		
			5.3 Planeación de la Jornada	3%	04-09	OK		
			5.4. Acta, y Firmas	4%	04-09	OK		
		6. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias AGOSTO (Escala cualitativa seguimiento al desarrollo)	6.1 Planeación cargada al drive	3%	04-09	OK		
			6.2 Realización de los 9 talleres, de las UAS delegadas	10%	04-09	OK		
			6.3 Acta de proceso con listados de asistencias en físico y digital.	10%	04-09	OK		
			6.4. Registro fotografico	2%	04-09	OK		
		7 Seguimiento a poblacion migrante y desplazados	7.1 Base excel poblacion migrante y desplazados. Formatos APC	5%	04-09	OK		No desplazados 4 Migrantes
		8 Activacion de rutas según sea el caso	8.1 Formatos de seguimientos,remisiones	3%	04-09	OK		4
			8.2 Matriz de seguimiento a casos , Priorizados y remitidos (Formato APC) 4 Casos . Tener en cuenta los casos que arrojen ALERTA.	8%	04-09	OK		4
		9. Aportar a las carillas de encuentro en el hogar, familiograma de cada familia participante	9.1 Carilla encuentro en el hogar Familiograma de los participantes que ingresaron en el mes 29 .	5%	04-09	OK		29 OK
			9.2 Seguimiento de los casos priorizados, en el apartado correspondiente	5%	04-09	OK		4
		10. Informe de gestión mensual en el formato f8 contractual y general de acciones	10. Formato de Informe – Enviado por Coordinación Drive	5%	04-09	OK		OK
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Luisa Fernanda Gutiérrez B.
NOMBRE:	LUISA FERNANDA GUTIERREZ BOLIVAR
C.C.	1.015 405 431

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	
C.C.	1026268209

Aprobado

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

Señor(a): LUISA FERNANDA GUTIERREZ BOLIVAR
No. Identificación: CC1015405421
Dirección: CLL 81 # 102-60
Telefono: 4669800
Correo: luisagutierrezb.13@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8369171747

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	LUISA FERNANDA GUTIERREZ BOLIVAR
Tipo y número de identificación	CC1015405421
Número de planilla	8369171747
Fecha pago	2023-07-31
Número de autorización pago	69171747
Banco	1052

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	julio de 2023
Periodo de Cotización Pensión	julio de 2023
Número de Administradoras	2
Total Pagado	330600
Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	185600	1
EPS005	Sanitas EPS	145000	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1015405421
APELLIDOS Y NOMBRES: LUISA FERNANDA GUTIERREZ BOLIVAR

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
EPS005	25-14	1160000	1160000	0	0	145000	0	185600	0	0	0

PAGADA
8369171747

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

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

Señor(a): LUISA FERNANDA GUTIERREZ BOLIVAR
No. Identificación: CC1015405421
Dirección: CLL 81 # 102-60
Telefono: 4669800
Correo: luisagutierrezb.13@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8369879697

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	LUISA FERNANDA GUTIERREZ BOLIVAR
Tipo y número de identificación	CC1015405421
Número de planilla	8369879697
Fecha pago	2023-08-28
Número de autorización pago	69879697
Banco	1052

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

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	6100	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	185600	1
EPS005	Sanitas EPS	145000	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1015405421
APELLIDOS Y NOMBRES: LUISA FERNANDA GUTIERREZ BOLIVAR

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
EPS005	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

Banco AV Villas

COMPROBANTE PAGO PLANILLA ASISTIDA PILA

Número de identificación del Aportante / Pin Único	Valor a Pagar $:
1015405421	336.700

Si usted va a realizar el pago con el número de Planilla, diligencie esta sección:

PAGO CON NÚMERO DE PLANILLA

Número de Planilla: 8 3 6 9 8 7 9 6 9 7

Si usted va a realizar el pago con Pin Único, diligencie esta sección:

PAGO CON PIN ÚNICO

Operador de Información: Miplanilla

Periodo de Cotización a Pagar: Año 2023 Mes 08

CAJ-PRO-083-V5

ESTIMADO CLIENTE
VERIFIQUE QUE LA INFORMACIÓN IMPRESA EN EL COMPROBANTE SEA CORRECTA Y QUE EL VALOR REGISTRADO CORRESPONDA AL VALOR ORDENADO POR USTED. EL BANCO NO TENDRÁ COPIA DE ESTE FORMATO. EL SOPORTE DE LA TRANSACCIÓN SERÁ EL REGISTRO EN EL SISTEMA. RECUERDE QUE ESTE SERÁ EL ÚNICO SOPORTE FÍSICO DE SU TRANSACCIÓN. CONSERVELO PARA CUALQUIER VERIFICACIÓN.

Powered by CamScanner

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: 2023.08.24 08:41:58 -05:00

Código de Seguridad: DDo+xM1D/WEhZ8PNvJiV1A==

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-PPSUS2000000065-D001

No. PÓLIZA	COQ-108000980	No. ANEXO	0	No. CERTIFICADO	532001736	No. RIESGO	
TIPO DE DOCUMENTO				FECHA DE EXPEDICIÓN	23/08/2023	SUC. EXPEDIDORA	CEN ORINOQUIA

VIGENCIA DESDE		VIGENCIA HASTA		DÍAS	VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE		VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA	
00:00 Horas Del	02/08/2023	24:00 Horas Del	08/01/2024		N/A	N/A	N/A	N/A

TOMADOR	GUTIERREZ BOLIVAR, LUISA FERNANDA	No. DOC. IDENTIDAD	1.015.405.421
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-DIMFSUBA-CON143 , CUYO OBJETO ES
EL CONTRATISTA EN SU CALIDAD DE TRABAJADOR INDEPENDIENTE SE OBLIGA CON EL CONTRATANTE A PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICOSOCIAL EN EL MARCO DEL CONTRATO DE APORTE SUSCRITO CON EL ICBF PARA LA INSTITUCIÓN DEL COI DIMF

NOMBRE DEL AMPARO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA$	VALOR PRIMA$
CUMPLIMIENTO	00:00 Horas Del 02/08/2023	24:00 Horas Del 08/01/2024	1.378.080,00	10.000,00
CALIDAD DEL SERVICIO	00:00 Horas Del 02/08/2023	24:00 Horas Del 08/01/2024	1.378.080,00	10.000,00
		TOTAL ASEGURADO	$ 2.756.160,00	

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

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

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

CONVENIO DE PAGO DIRECTO EFECTIVO, Fecha de Pago: 23/08/2023

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 POLIZA INGRESANDO A PRODUCTOS.MUNDIALSEGUROS.COM.CO, DIGITA EL NÚMERO DEL CERTIFICADO QUE ENCUENTRAS EN LA PARTE SUPERIOR DE ESTE DOCUMENTO Y VIVE LA EXPERIENCIA DE ESTAR ASEGURADO CON EL RESPALDO DE SEGUROS MUNDIAL. TAMBIEN PUEDES LLAMAR A LA LINEA NACIONAL 01 8000 111 935 O LINEA EN BOGOTA 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 de Seguros S.A.
ANGELA MUNAR - VICEPRESIDENTE DE PRODUCTO
C.C. 52.646.070

TOMADOR

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

APLICACIÓN DE LA CIRCULAR EXTERNA 029 DE 2014 DE LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DIAN
POR UNA COLOMBIA MAS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14790901231

(415)7707212489984(8020) 000001479090123 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 1 5 4 0 5 4 2 1	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	1 0 1 5 4 0 5 4 2 1	2 0 0 6 0 6 1 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
GUTIERREZ	BOLIVAR	LUISA	FERNANDA

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: CL 81 102 60 IN 1 AP 405 BRR BOCHICA III

42. Correo electrónico	43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
luisagutierrezb.13@gmail.com		4 6 6 9 8 0 0	3 2 2 8 4 2 8 3 0 9

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 2 2 0	2 0 1 1 0 2 1 8	8 6 9 2	2 0 1 1 0 2 1 8	8 6 9 9			

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

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

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 4 61. Fecha 2021 - 10 - 05 / 10 : 02: 33

La información suministrada a traves 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 LOPEZ HERRERA MEIBY JISETH
985. Cargo Gestor I

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

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 LUISA FERNANDA GUTIERREZ BOLIVAR, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 1.015.405.421 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 275491124, abierta/o desde el 31/7/2023.

Se expide en Bogotá el día 1 del mes de Agosto del año 2023

Firma Autorizada

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

EPS Sanitas

Nuestro compromiso es contigo

CE-006 - 0000000100 – 2023

CERTIFICA

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

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1015405421
NOMBRES Y APELLIDOS	Gutierrez Bolivar,Luisa Fernanda
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	11/06/2016
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Gutierrez Bolivar,Luisa Fernanda, a los 28 días del mes de julio del año 2023.

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

Banny Sarmiento

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

Powered by CamScanner

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

CUENTA DE COBRO No. 2

ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS

NOMBRE: Johanna Andrea Contreras Marin
CEDULA: 53.077.091
CUENTA BANCARIA: 033267592 **BANCO:** BOGOTA **AHORRO** _X__ **CORRIENTE**___
LA SUMA DE: ($1.531.200) Un millón quinientos treinta y un mil doscientos Pesos M/CTE
PERIODO: Fase Atención AGOSTO 2023

CONCEPTO: NUTRICIONISTA DIMF SUBA con 100 Cupos del Contrato No. 11005352023

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

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI __ **NO X_** a partir de la fecha Día_ **Mes _ Año 2023_** en constancia:
Firmo _____ CC_____

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

TOTAL, A PAGAR DESPUES DE DESCUENTOS: ($1.531.200) Un millón quinientos treinta y un mil doscientos 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:

Gina Diaz

Gina Isabel Diaz Martínez
Coordinadora
C.C. 1.026.268.309

Aprobado por:

Ana Roció Quiroz Manrique
Representante legal
C.C.52.339.600

Atentamente,

Johanna Andrea Contreras

Johanna Andrea Contreras Marin
C.C.53.077.091
Dirección: CLL 2# 93D-30 / 321 4207614 / correo: andreco85@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.

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDA ON DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	53077051	JOHANNA ANDREA CONTRERAS MARIN	calle 2 No 92 D-30 Torre 39 Apto101	4711217	andreco85@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO		DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-07	2023-07	I	09/08/2023	60668017	$737.300	

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	292.200	0		0		0	0	0	0	292.200	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	374.000	0	0	0	0	0	0		374.000	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	57.000				57.000	0	0	57.000			570	57.000	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	14.100	0	0	14.100	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	292.200	292.200
Pensión	1	374.000	374.000
Riesgos Laborales	1	57.000	57.000
CCF	1	14.100	14.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	737.300	737.300

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDA ON DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	53077091	JOHANNA ANDREA CONTRERAS MARIN		calle 2 No 92 D-30 Torre 39 Apto101	4711217	andrsco85@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-07	2023-07	I	08/08/2023	69568017	$737.300	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colombiano en el exterior	Exonerado	Ing	VSP	TDE	TAE	TDP	TAP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COMPLEMENTARIA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario a Afiliado	Voluntaria Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	53077091	CONTRERAS MARIN JOHANNA ANDREA	59	0				X															23001	2.337.300	374.300	0	0	0	0	EPS008	2.337.300	262.300	14-11	2.337.300	3	57.200	CCF24	2.337.300	14.100	0	0	0	0	0

PAGADA

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



ÚLTIMOS MOVIMIENTOS GRÁFICA CHEQUES DEVUELTOS

7 agosto 2023

Internet -$737.300,00
Compra Internet

DOCUMENTO
478009

INFORMACIÓN ADICIONAL
69568017 Miplanilla Com Pago Proteccion Social

Ciudad: BOGOTÁ D.C Mes: AGOSTO Día: 30 Año: 2023

CUENTA DE COBRO No. 1

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. DIMF SUBA-CON139

NOMBRE: **JULAYS KARINA FLOREZ GONZALEZ**
CEDULA: **1.045.751.540**
CUENTA BANCARIA: **802351338**, BANCO: BOGOTÁ AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: **($3.062.400) TRES MILLONES SESENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS PESOS M/CTE.**
PERIODO: **FASE ATENCIÓN AGOSTO** 2023

CONCEPTO: NUTRICIONISTA DIMF Gestando Futuro Suba san Carlos con 200 **cupos dentro del CONTRATO 11005352023**

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

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI **NO** X a partir de la fecha Día Mes Año 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, CUARTROCIENTOS PESOS M/CTE.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:

Gina Diaz Martinez
Coordinador
C.C.1.026.268.309

Aprobado por:

Ana Rocio Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Julays florez G.

NOMBRE: **JULAYS KARINA FLOREZ GONZALEZ**
C.C. 1.045.751.540
DR. Calle 126f # 119b-12 / 3244610689 / Julaysflorez04@Gmail.Com

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

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

PROGRAMA	DMF GESTANDO FUTURO
NOMBRE	JULAYS KARINA FLOREZ GONZALEZ
CARGO	NUTRICIONISTA
PERIODO y FECHA	AGOSTO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISIÓN	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCIÓN AGOSTO	7	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.) 1.1. Estrategia IEC: Promoción de la alimentación saludable 1.2. Promoción de la lactancia materna: Celebración de la semana mundial de la lactancia materna 1.3. El tema establecido en su informe diagnostico de acuerdo a las necesidades de la UA.	1.1 Planeación cargada al drive Tema Agosto: De acuerdo a los proyectos pedagógicos y propuesta a partir del informe de resultados de tamizaje nutricional (IEC) Tema lactancia: Agosto Celebración de la semana mundial de la lactancia materna	10%	04-09	1 OK		
			1.2 Acta de relatoría de la PARTICIPACIÓN ACTIVA, en la jornada (s) propuesta(s) para la celebración de la semana mundial de la lactancia materna que fue entregada a los CZ. Incluir registro fotográfico ***Nota: Se resalta que la semana de la LM es compromiso del componente de salud y nutrición en la cual el acompañamiento y participación del profesional en nutrición es de vital importancia.***		04-09	2 OK		
			1.3 Acta de proceso de formación Estrategia IEC (divulgación de piezas comunicativas con apoyo de componente pedagógico) con listados de asistencias, fotografía en físico y digital		04-09	3 OK		
		2. Cualificación del Talento Humano, según Cronograma de estrategia IEC (Información Educación y Comunicación en SAN). 2.1. Estrategia IEC: Tema priorizado por Nutricionista 2.2. Promoción de la lactancia materna: Celebración de la semana mundial de la lactancia materna	2.1 Planeación cargada al drive 2.2 Acta de proceso con listados de asistencias en físico y digital 2.3 Registro Fotográfico	10%	04-09	1 2 3 OK		
		3. Tamizaje nutricional tercera toma al 100% de los participantes	3.1 Cronograma de fecha concertado con coordinador de territorio a duplas para el tamizaje masivo	15%		1 OK		
			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		04-09	2 OK		- F11: 190 - F16: 10
			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, para un participante nuevo			3 OK		
		4. Cargar a la plataforma Cuéntame los datos correspondientes al 100% de participantes activos ***Plazo maximo de cargue a cuéntame 24 de agosto.***	4.1. 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; ***válida FALG, perímetros braquial menor a 11.5, casos de DNT aguda para activación inmediata de ruta de Desnutrición.***	10%	04-09	1 OK		PJ 220 x Asignó 1, 2 y 3
		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. 1 (descargados por aplicativo cuéntame y los que se han reportado en meses anteriores) 5.1. Correo electrónico EAPB 5.2. PQR a la EAPB 5.3. Remisión a la familia (Formato APC) 5.4. Seguimiento Nutricional (Formato APC) 5.5 Seguimiento mensual en cuéntame (toma de antropometría mensual)	15%	04-09	1 2 3 4 OK 1		
			Casos Riesgos de Desnutrición Aguda N. 12. (priorización para encuentro en el hogar) 5.6. Matriz de seguimiento a casos 5.7. Seguimiento cartilla encuentros en el hogar		04-09	5 6 7 OK 12 Cada 3		
			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: 5.8. Entrega de FTLC 5.9. consulta de CyD, nutrición, pediatría, exámenes complementarios 5.10. La información recibida deberá registrarse en formato de acta APC anexando los soportes que la familia entregue 5.11 Cargue mensual al cuéntame de datos antropométricos		04-09	8 9 10 11 OK		
		8. Encuentros en el hogar (Se concerta con el equipo de la unidad los casos a visitar de acuerdo con la priorización)	8.1. Encuentros en el hogar a casos priorizados: Riesgo de desnutrición, mujeres gestantes bajo peso o puerperio	20%	04-09	1 OK		
		9. Gestion Territorial y articulación con el equipo	9.1 Acta de asistencia a comités locales SAN 1 nutricionista por territorio	10%	04-09	1 OK		
			9.2 Actas de asistencia a Asistencias técnicas del Centro Zonal		04-09	2 OK		
			9.3 Asistencia a los grupos de estudio			3 OK		
		10. Informe de gestion mensual en el formato IB contractual y general de acciones	10.1. Formato de informe – Enviado por Coordinación Drive	10%	04-09	1 OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Julays Florez Gonzalez
NOMBRE:	JULAYS KARINA FLOREZ GONZALEZ
C.C.	1 045 754 540

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	GINA ISABEL DIAZ MARTINEZ
C.C.	1 026 268 306

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 1045751540		FLOREZ GONZALEZ JULAYS KARINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cl. 126f #119 28,	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3244610689	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2023-07	2023-07	97290652	9454547819	I	2023/08/10	2023/08/11	NEQUI	1	$337,300

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	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 1045751540	FLOREZ JULAYS	X	230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS002	30	$1,160,000	$145,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,160,000	0.5224	$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 1045751540		FLOREZ GONZALEZ JULAYS KARINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cl. 126f #119 28,	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3244610689	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2023-07	2023-07	97290652	9454547819	I	2023/08/10	2023/08/11	NEQUI	1	$337,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$185,600	$300	$0	$185,900
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$185,600	$300	$0	$185,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,100	$100	$0	$6,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$6,100	$100	$0	$6,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,000	$200	$0	$145,200
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$145,000	$200	$0	$145,200
TOTAL				**1**	**$336,700**	**$600**	**$0**	**$337,300**

movimiento

Pago realizado

Pago en
Aportes En Linea

¿Cuánto?
$ 337.300,00

Fecha
11 de agosto de 2023 a las 11:16 a. m.

Referencia
M1744077

¿De dónde salió la plata?



Disponible
$ 337.300,00

Ciudad: BOGOTÁ D.C Mes: AGOSTO Día: 30 Año: 2023

CUENTA DE COBRO No. 7

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. DIMF SUBA - CON065

NOMBRE: ANA MILENA CORTES GUAYAZAN
CEDULA: 52.801.155
CUENTA BANCARIA: 802337410 BANCO: BOGOTÁ 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 AGOSTO 2023

CONCEPTO: APOYO PEDAGÓGICO DIMF SUBA, SAN CARLOS CON 50 CUPOS ASIGNADOS CONTRATO NÚMERO 11005352023.

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

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI __ **NO** x a partir de la fecha Día Mes Año 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:

Gina Díaz Martínez
Coordinador
C.C.1.026.268.309

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: ANA MILENA CORTES GUAYAZAN
C.C. 52.801.155
DR. CALLE. 128C N 95 B 52 / 321 352 9377/ milernaut2009@hotmail.com

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

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

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO SUBA
NOMBRE	ANA MILENA CORTES GUAYAZAN
CARGO	APOYO PEDAGOGICO UOS
PERIODO y FECHA	AGOSTO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	APOYO PEDAGOGICO: FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION AGOSTO		1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación y subidos al drive correspondiente del Grupo de Atención	1.1 Diligencia Grupal con las cuatro dimensiones de las 4 sesiones + eventos (Formato ICBF) 14 de Agosto	20%	04-09	ok		
			1.2 Cartilla digital a. Ruta con información al 100% diligenciada 14 Agosto b. Hoja de seguimiento al Cronograma de encuentros diligenciada 14 Agosto c. Fotografías de la participación de familias 14 Agosto e. Diligenciamiento de la movilización social Agosto Cometa de sueños			ok		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación. (DIMF) 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) - haloncs desde la primera atención	15%	04-09	ok		
			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			ok		
			2.3 Cartilla digital Parte uno i. Conociendonos al 100% diligenciada ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada iii. Seguimiento al desarrollo, escala de valoración iv. Parte 5 Seguimiento a situaciones de riesgo diligenciada			ok		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en Fisico como en drive (50)	Actualización de los nuevos participantes 3.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo formato version 2 de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante	10%	04-09	ok		
			3.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA			ok		
			3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA _			ok		
			3.4 Archivo Fisico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas)			ok		
			3.5 Formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF			ok		
			3.6 Formato comprimido entrega de documentos a todos los participantes			ok		
		4. Entrega y socializacion de las escalas	4.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas, que aplique para el mes Agosto__ (documento en fisico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante) (Segunda aplicacion ingresos Febrero y primera ingresos Mayo)	15%	04-09	ok		
			4.2 Socializacion de la escala ____ (participantes ingresos abril)			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, puerperio, hechos de violencias y demás que se presenten en los encuentros, por grupo de atencion	10%	04-09	ok		
		6. Formato de ficha de caracterización de practicas y acciones IT	6.1.3 Apoyar en los Archivos de excel de practicas (1 x UA) participantes nuevos 1 unificado por los 50 participantes	7%	04-09	ok		
		7. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faliciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UOS	7.1 Ambietación de espacios fisicos de la UOS que se sean asignados	20%	04-09	ok		
			7.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica			ok		
			7.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientacion -			ok		
			7.4 Asegurar y mantener el orden y la limpieza			ok		
		8. Participar y apoyar en las dinamicas relacionadas con la operación	8.1 Asegurar y mantener el orden y la limpieza, junto con el equipo de trabajo, de las unidades de servicio 8.2. Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes	3%	04-09	ok		
		TOTAL		100%	04-09	ok		

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	ANA MILENA CORTES GUAYAZAN
C.C.	52 801 155

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Ruth Diaz
C.C.	1026268839

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **ANA MILENA CORTES GUAYAZAN**, identificada con **CC** número **52801155**, aportó por el empleado **ANA MILENA CORTES GUAYAZAN**, identificado(a) con **CC** número **52801155** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **I** número **8369692527** para el periodo de salud **2023-07** y pensiones **2023-07** de la siguiente forma.

TIPO	CODIGO	NOMBRE	NIT	COTIZANTE	SUBTIPO	INT	RET	DIR	TDE	TAE	DNP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	COTIZACION	DIAS	IBC	TARIFA APORTE	CLASE RIESGO	INDICA TARIFA PENSION	COTIZACION Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NUMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXCEPCION
Pensiones	25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	900336004	59	0																0	30	$1.160.000	0,16000			$185.600	$0	$0	Julio - 2023	8369692527	23/08/2023	N
Riesgos Laborales	14-11	ARL SURA	860903790	59	0																0	30	$1.160.000	0,00522	1		$6.100	$0	$0	Julio - 2023	8369692527	23/08/2023	N
Salud	EPS037	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	900156264	59	0																0	30	$1.160.000	0,12500			$145.000	$0	$0	Julio - 2023	8369692527	23/08/2023	N

El presente certificado se expide a los 23 días del mes Agosto de 2023

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

AGO 23 2023 08:58:44 REMDES 9.45

CORRESPONSAL
PAPELERIA MANANTIAL
CR 139 142C-42

BANCO DE BOGOTA

C. UNICO: 0016710493 TER: BL0B0170
V. ELECTRON Cc
**0036 RECIBO: 007716 RRN: 012075
RECAUDO APRO: 161049

SERVICIO: 0000001138
FACTURA: 00000000836969527
** PAGO FACTURA **
TRANSACCION EXITOSA

RECAUDO $ 340.200

*** CLIENTE ***
MAYOR INFORMACION EN LA LINEA
NACIONAL: 01 8000518877

AGO 23 2023 - 08:59:15
CORRESPONSAL
PAPELERIA MANANTIAL
CR 139 142C-42
BANCO DE BOGOTA

SERVICIO: 0000001138
FACTURA: 00000000836969527
VALOR: $ 340.200

TOTAL: $ 340.200

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

CUENTA DE COBRO No. 7

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. DIMFSUBA- CON051

NOMBRE: ANGIE VIVIANA RAMIREZ CARRION
CEDULA:1.019.122.119
CUENTA BANCARIA: 005410824 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 ATENCIÓN AGOSTO 2023

CONCEPTO: APOYO PEDAGOGICO DIMF SUBA UNIDAD SAN CARLOS CON 50 CUPOS ASIGNADOS CONTRATO 11005352023.

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

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI __ **NO_X__** a partir de la fecha Día Mes Año 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:

Gina Díaz Martínez
Coordinador
C.C. 1.026.268.309

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,
NOMBRE: ANGIE VIVIANA RAMIREZ CARRION
C.C. 1.019.122.119
DR. CLL 130B # 96 30/ 3008601226 /VIVIS1251@HOTMAIL.COM

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

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

PROGRAMA	DMF GESTANDO FUTURO SUBA
NOMBRE	ANGIE VIVIANA RAMIREZ CARRION
CARGO	APOYO PEDAGOGICO UDS
PERIODO y FECHA	AGOSTO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	APOYO PEDAGOGICO: FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION AGOSTO	7	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación y subidos al drive correspondiente del Grupo de Atención	1.1 Planeacion Grupal, con las cuatro planeaciones de las áreas correspondientes (Formato ICBF) 14 de Agosto	20%	04-09	ok		
			1.2 Cartilla digital: i. Parte uno: conociendonos al 100% diligenciada. 14 Agosto ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada. 14 Agosto iii Diligenciamiento de la parte dos: Priorización de Practicas. 14 Agosto iv. Diligenciamiento de la priorización social: Agosto Cometa de sueños			ok		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 90 minutos de formación (DMF) Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación, tener en cuenta lo planeado en los reloros/proyectos	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) - Historia desde la primera atencion	15%	04-09	ok		
			2.2 Cronograma de visitas, con las respectivas Firmas - que evidencia el Desarrollo de los 50 y/o ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente			ok		
			2.3 Cartilla digital Parte uno: i. Conociendonos al 100% diligenciada. ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada. iii. Seguimiento al desarrollo escala de valoración. iv. Parte 5 Seguimiento a situaciones de riesgo diligenciada			ok		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en físico como en drive (50)	Actualizacion de los nuevos participantes 3.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo formato version 2 de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante	10%	04-09	ok		
			3.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA			ok		
			3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA_			ok		
			3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas)			ok		
			3.5 Formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF			ok		
			3.6 Formato compromiso entrega de documentos a todos los participantes			ok		
		4. Entrega y socializacion de las escalas	4.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que aplique para el mes Agosto__ (documento en físico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante) (Segunda aplicacion ingresos Febrero y primera ingresos Mayo)	15%	04-09	ok		
			4.2 Socializacion de la escala ____ (participantes ingresos abril)			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, puerperio, hechos de violencias y demás que se presenten en los encuentros por grupo de atencion	10%	04-09	ok		
		6. Formato de ficha de caracterizacion de practicas y sesiones !?	6.1 3 Apoyar en los Archivos de excel de practicas (1 x UA) participantes nuevos 1 unificado por los 50 participantes	7%	04-09.	ok		
		7. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faciliten 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	20%	04-09	ok		
			7.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica			ok		
			7.3 Buen uso de los materiales de consumo que se emplean para la ambientacion.-			ok		
			7.4 Asegurar y mantener el orden y la limpieza			ok		
		8. Participar y apoyar en las dinamicas relacionadas con la operacion	8.1 Asegurar y mantener el orden y la limpieza, junto con el equipo de trabajo de las unidades de servicio 8.2. Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes	3%	04-09	OK		
		TOTAL		100%				

FIRMA CONTRATISTA	Viviana Ramirez
NOMBRE:	ANGIE VIVIANA RAMIREZ CARRION
C.C.	1.019.122.119

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	GINA DIAZ MARTINEZ
C.C.	1.026.268.309

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	1019122119	ANGIE VIVIANA RAMIREZ CARRION	Calle 130 b # 96 30	5515985	vivis1251@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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2023-07	2023-07	I	09/08/2023	69994740	TOTAL A PAGAR	
					$338.800	

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	5	900	0	145.900	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	185.600	0	0	0	0	5	1.100	0	186.700	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	800903790-5	6.100				6.100	5	100	6.200			61	6.200	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	145.000	145.900
Pensión	1	185.600	186.700
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	338.800

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	1019122119	ANGIE VIVIANA RAMIREZ CARRION		Calle 130 b # 96 30	5518985	vivis1251@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	
2023-07	2023-07	I	09/08/2023	69994740	$338.800	

.LE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE						INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Número	Principal	Cotiz. sucursal	Suscriptor	IRP	VCT	TDE	TAE	TDP	TAP	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
1019122119	RAMIREZ CARRION ANGIE VIVIANA	59	0		N																	230201	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

Pago exitoso

Número de autorización 233202

miércoles, 09 de agosto de 2023, 6:02:33 AM

Detalle

$338,800.00
Valor Pagado

IVA incluído:	$0.00
Pago a:	COMPENSAR-OI
Débito desde:	Cuenta de ahorros ******0824
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Fecha y hora inicio transacción	2023-08-09 6:00:31
NIT del comercio	9998600669427
Número de factura	69994740
Código Único de Seguimiento	92589133
Dirección IP:	152.201.192.20
Referencia 1:	152.201.192.20
Referencia 2:	CC
Referencia 3:	1019122119

Ciudad: BOGOTÁ D.C Mes: AGOSTO Día: 30 Año: 2023

CUENTA DE COBRO No. 3

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. DIMF SUBA-CON 135

NOMBRE: JOHANNA PAOLA CRUZ ROMERO
CEDULA: **1.032.393.441 BOGOTÁ**
CUENTA BANCARIA: 802349449, BANCO: BOGOTÁ AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: **($ 1.969.612) UN MILLÓN NOVECIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS DOCE PESOS M/CTE.**
PERIODO: FASE ATENCIÓN AGOSTO
2023

CONCEPTO: APOYO PEDAGÓGICO DIMF Gestando Futuro Suba san Carlos con 50 cupos dentro del CONTRATO 11005352023

El Contratista ha desarrollado las obligaciones objeto del CONTRATO con total independencia y autonomia, 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:

Gina Isabel Diaz Martinez
Coordinador
C.C. 1.026.268.309

Aprobado por:

Ana Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: JOHANNA PAOLA CRUZ ROMERO
C.C. **1.032.393.441 BOGOTÁ**
DR. Avenida calle 153 # 115 - 80 / 3224173158 / paezcruz27@gmaill.com

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

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

PROGRAMA	DIME GESTANDO FUTURO SUBA
NOMBRE	Johanna Paola Cruz Romero
CARGO	APOYO PEDAGOGICO UDS
PERIODO y FECHA	AGOSTO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	APOYO PEDAGOGICO : FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION AGOSTO		1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales 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) 14 de Agosto	20%	04-09	ok		
			1.2 Cartilla digital: I. Parte uno conociendonos al 100% diligenciada. 14 Agosto II. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada. 14 Agosto III Diligenciamiento de la parte dos: Priorizacion de Practicas. 14 Agosto iv. Diligenciamiento de la movilizacion social Agosto Cornelia de suarez.			ok		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF) 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 etario) - historica desde la primera atencion	15%	04-09	ok		
			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.			ok		
			2.3 Cartilla digital Parte uno: i. Conociendonos al 100% diligenciada. ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada. iii. Seguimiento al desarrollo, escala de valoración iv. Parte 5 Seguimiento a situaciones de riesgo diligenciada			ok		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en físico como en drive (50)	Actualización de los nuevos participantes 3.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo formato version 2 de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante	10%	04-09	ok		
			3.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA			ok		
			3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA_			ok		
			3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas)			ok		
			3.5 Formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF			ok		
			3.6 Formato comprobio entrega de documentos a todos los participantes			ok		
		4. Entrega y socializacion de las escuela	4.1 Entrega de la escuela correspondiente de los niños y niñas que aplique para el mes Agosto__ (documento en físico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante) (Segunda aplicacion ingresos Febrero y primero Ingresos Mayo)	15%	04-09	ok		
			4.2 Socializacion de la escea ____ (participantes ingresos abril)			ok		
		5. Entrega de 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	10%	04-09	ok		
		6. Formato de ficha de caracterización de practicas y acciones IT	6.1 3 Apoyar en los Archivos de excel de practicas (1 x UA) participantes nuevos 1 unificado por los 50 participantes	5%	04-09	ok		
		7. Generar espacios y ambientes enriquecidos que falciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	7.1 Ambiatación de espacios físicos de la UDS que se sean asignados	20%	04-09	ok		
			7.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica			ok		
			7.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación.-			ok		
			7.4 Asegurar y mantener el orden y la limpieza			ok		
		8. Participar y apoyar en las dinamicas relacionadas con la operación.	8.1 Asegurar y mantener el orden y la limpieza, junto con el equipo de trabajo, de las unidades de servicio 8.2 Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes	5%	04-09	ok		
		TOTAL		100%				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	Johanna Paola Cruz Romero
C.C.	1032393141

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Paola Diaz
C.C.	1026268309

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **JOHANNA PAOLA CRUZ ROMERO**, identificada con **CC** número **1032393441**, aportó por el empleado **JOHANNA PAOLA CRUZ ROMERO**, identificado(a) con **CC** número **1032393441** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **I** número **8369423377** para el periodo de salud **2023-07** y pensiones **2023-07** de la siguiente forma.

TIPO	CODIGO	NOMBRE	NIT	COTIUANTE	SUBTIPO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECCION	DIAS	IBC	TARIFA APORTE	CLASE RIESGO	INDICA TARIFA PENSIÓN	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERACIÓN
Riesgos Laborales	14-11	ARL SURA	890903790	59	0															0		30	$1.160.000	0,00522	1		$6.100	$0	$0	Julio - 2023	8369423377	14/08/2023	N
Salud	EPS008	Compensar EPS	860066942	59	0															0		30	$1.160.000	0,12500			$145.000	$0	$0	Julio - 2023	8369423377	14/08/2023	N
Pensiones	230301	Porvenir	800224808	59	0															0		30	$1.160.000	0,16000			$185.600	$0	$0	Julio - 2023	8369423377	14/08/2023	N

El presente certificado se expide a los 14 días del mes Agosto de 2023

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

AGO 13 2023 14:42:55 RBMICT 9.70
EXITO SUBA
AVC 145 105B-58
CORRESPONSAL
BANCO DE OCCIDENTE
C.UNICO: 0011426855 TER: 26855018
C.BANC: 0023
ID CAJERO: 0015461201
RECIBO: 005063 RRN: 009112
RECAUDO APRO: 717459
SERVICIO: 1138
FACTURA: 00000000000000008369423377
** PAGO FACTURA **
TRANSACCION EXITOSA
RECAUDO $ 338.400

BANCO DE OCCIDENTE es responsable por los servicios prestados por el CB. El CB no puede prestar servicios financieros por su cuenta.
Para reclamos comuniquese al:
01 8000514652
CONSERVE ESTA TIRILLA COMO SOPORTE.
*** CLIENTE ***

.XITO SUBA DEP 093
COMPRA Y RECOGE 3054829046

177375 *PILA COMPENSAR 338.400
Factura: 8369423377
**** SUBTOTAL/TOTAL >>>> $ 338.400
EFECTIVO 350.000

FACTURAS APROBADAS
Fac.8369423377 Apro:717459 BANCO:0023
CAMBIO 11.600

TARIFAS IVA

TARIFA	COMPRA	BASE/IMP.	IVA
=00%	338400	338400	0
TOTAL=	338400	338400	0

>> MAPA:1683 ID:2023081-3144218
Vr.POS:250 Motor:7.1.15#247
TOTAL ARTICULOS COMPRADOS = 1
Almacenes Exito S.A. Nit 890.900.608-9
AUTORRETENEDOR RES.8825 DE 16/NOV/2016
PARA RECLAMOS LLAMAR AL 018000428800
RESPONSABLE DE IVA- GRAN CONTRIBUYENTE

13/AGO/2023 14:42 0093 23 0097 1201

NUT:20230813009300230097
093 MC016

TIQUETE INFORMATIVO DE VENTA
NUMERO DR: GZ906714 338.400
TOTAL TRANSACCION: 338400
Este documento no es Factura de venta.

CIUDAD: BOGOTA D.C MES: AGOSTO DÍA: 30 AÑO: 2023

CUENTA DE COBRO NO. 3

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
NO. DIMF SUBA CON 132

NOMBRE: NATALIA ANDREA MESA DIAZ
CEDULA: 1.014.201.968
CUENTA BANCARIA: 275484806 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 ATENCIÓN AGOSTO 2023

CONCEPTO: APOYO PEDAGÓGICO DIMF SUBA, UNIDAD SAN CARLOS CON 50 CUPOS CONTRATO # 11005352023

EL CONTRATISTA HA DESARROLLADO LAS OBLIGACIONES OBJETO DEL CONTRATO CON TOTAL INDEPENDENCIA Y AUTONOMÍA, FRENTE A LA ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA, RAZÓN POR LA CUAL NO CONSTITUYE VÍNCULO LABORAL ALGUNO, NI DA LUGAR A NINGUNA CLASE DE PRESTACIONES SOCIALES DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA NORMATIVIDAD VIGENTE.

DESEO VINCULARME AL FONDO DE EMPLEADOS SI _ _ **NO**_X__ A PARTIR DE LA FECHA DÍA MES AÑO 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:

GINA ISABEL DIAZ MARTINEZ
COORDINADORA
C.C. 1.026.268.309

APROBADO POR:

ANA ROCIÓ QUIROZ MANRIQUE
REPRESENTANTE LEGAL
C.C. 52.339.600

ATENTAMENTE,

Natalia A MESA

NOMBRE: NATALIA ANDREA MESA DIAZ
C.C. 1.014.201.968
DR CALLE 81 # 95D 42 BARRIO BACHUE II
TEL. 3228881666
CORREO. NATY100712@GMAIL.COM

NOTA: SE DEBE ANEXAR PLANILLA DE PAGO DE LOS APORTES A SALUD, PENSIÓN Y ARL, DEL MES VENCIDO Y PRODUCTOS DEL MES SEGÚN CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO.

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

PROGRAMA	SAN CARLOS
NOMBRE	Natalia Andrea Mesa Diaz
CARGO	APOYO PEDAGOGICO UDS
PERIODO y FECHA	AGOSTO

					APOYO PEDAGOGICO			
FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION AGOSTO	3	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales 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) 14 de Agosto	10%	04-09	ok		
			1.2 Cartilla digital: i. Parte uno: conociendonos al 100% diligenciada. 14 Agosto ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada. 14 Agosto iii Diligenciamiento de la parte dos: Priorización de Practicas. 14 Agosto iv. Diligenciamiento de la movilizacion social: Agosto Comete de sueños	10%		ok		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 50 minutos de formación (O.M.F) 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) - historia desde la primera atencion	5%	04-09	ok		
			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	5%		ok		
			2.3 Cartilla digital Parte uno i. Conociendonos al 100% diligenciada, ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada. iii. Seguimiento al desarrollo, escala de valoración iv. Parte 5 Seguimiento a situaciones de riesgo diligenciada	5%		ok		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en físico como en drive (5C)	Actualización de los nuevos participantes 3.1 Seguimiento mediante la ficha de chequeo formato version 2 de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante	2%	04-09	ok		
			3.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA	2%		ok		
			3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA _	2%		ok		
			3.4 Archivo Fisico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas)	2%		ok		
			3.5 Formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF	2%		ok		
			3.6 Formato compromiso entrega de documentos a todos los participantes.	2%		ok		
		4. Entrega y socializacion de las escalas	4.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que aplique para el mes Agosto__ (documento en físico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital de participante) (Segunda aplicacion ingresos Febrero y primera ingresos Mayo)	7%	04-09	ok		
			4.2 Socializacion de la escala ____ (participantes ingresos abril)	7%		ok		
		5. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, grips, 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	10%	04-09	ok		
		6. Formato de ficha de caracterización de practicas y acciones rf	6.1 3 Apoyar en los Archivos de excel de practicas (1 x UA) participantes nuevos 1 unificado por los 50 participantes.	7%	04-09	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.	5%	04-09	ok		
			7.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica	5%		ok		
			7.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación.-	5%		ok		
			7.4 Asegurar y mantener el orden y la limpieza	5%		ok		
		8. Participar y apoyar en las dinamicas relacionadas con la operación.	8.1 Asegurar y mantener el orden y la limpieza, junto con el equipo de trabajo, de las unidades de servicio 8.2 Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes	2%	04-09	ok		
		TOTAL		100%	04-09	ok		

FIRMA CONTRATISTA	Natalia A Mesa
NOMBRE:	Natalia Andrea Mesa Diaz
C.C.	1.014.201.968

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Gina Isabel Diaz Martinez
C.C.	1.026.268.309

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 1014201968		MESA DIAZ NATALIA ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 85 95A 42	BOGOTA-BOGOTA D.C.	3090007	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-07	2023-07	935427527	94542457	I	2023/08/16	2023/08/09	BANCO DE BOGOTA	0	5336,700

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	$4,100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$4,100		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.C. (1 Afiliados)						$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$4,100		$0	$0
1	CC	1014201968	MESA NATALIA	230201	30	$1,160,000	$185,600	EPSC34	30	$1,160,000	$145,000		0	$0	$0	84-11	30	$1,160,000	$4,100	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$4,100		$0	$0

2023/08/09 02:04 PM

Powered by CamScanner

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1014201968		MESA DIAZ NATALIA ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 81 95D 42	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3050027	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-07	2023-07	93547537	94542454	I	2023/08/16	2023/08/09	BANCO DE BOGOTA	0	$336,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$185,600	$0	$0	$185,600
PROTECCION	23020	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
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	1	$145,000	$0	$0	$145,000
TOTAL				**1**	**$336,700**	**$0**	**$0**	**$336,700**

2023/08/09 02:04 PM

Powered by CamScanner

Banco de Bogotá

Comprobante de compra y pagos virtuales PSE

Pago exitoso

Número de autorización 532202

miércoles, 09 de agosto de 2023, 2:05:32 PM

Detalle

$336,700.00

Valor Pagado

IVA incluído:	$0.00
Pago a:	APORTES EN LINEA
Débito desde:	Cuenta de ahorros ******4806
Descripción:	nilla de aportes con clave: 9454245161
Fecha y hora inicio transacción	2023-08-09 1:59:43
NIT del comercio	9999001472382
Número de factura	9454245161
Código Único de Seguimiento	93547527
Dirección IP:	191.156.57.152
Referencia 1:	191.156.61.145
Referencia 2:	CC
Referencia 3:	1014201968

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

CUENTA DE COBRO No. 6

ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS

NOMBRE: Jesús Alberto Barba Cadena
CEDULA: 1.099.549.481
CUENTA BANCARIA: 030184733 BANCO: BOGOTA **AHORRO _X__ CORRIENTE___**
LA SUMA DE: ($1.969.004) Un millón novecientos sesenta y nueve mil cuatro Pesos M/CTE
PERIODO: Fase Atención AGOSTO 2023

CONCEPTO: APOYO ADMINISTRATIVO DIMF SUBA con 300 Cupos del Contrato No. 11005352023

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

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI __ **NO X_** a partir de la fecha Dia_ **Mes _ Año 2023_** en constancia:
Firmo _____ CC_____

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

TOTAL, A PAGAR DESPUES DE DESCUENTOS: ($1.969.004) Un millón novecientos sesenta y nueve mil 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:

Gina Isabel Diaz Martinez
Coordinadora
C.C. 1.026.268.309

Aprobado por:

Ana Roció Quiroz Manrique
Representante legal
C.C.52.339.600

Atentamente,

Jesús Alberto Barba Cadena
C.C. 1.099.549.481 de Cimitarra Santander
Calle 140B # 113 - 04 Barrio Puertas del Sol / 3118725301 / jesus-albaca@hotmail.com

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

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

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO SUBA
NOMBRE	Jesus Alberto Barba Cadena
CARGO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO
PERIODO y FECHA	AGOSTO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCIÓN AGOSTO	6	1. Apoyar la organización documental del Talento Humano	1.1. Verificación de Polizas. Talento Humano Nuevo	3%		✓		
			1.2. Verificación de afiliación de Seguridad Social. Talento Humano Nuevo					
			1.3. Verificar documentos anexos a la nomina					
		2. Manejo, registro e informe de plataforma CUENTAME **Nota aclaratoria:** * No se puede egresar participantes sin la toma de talla y peso *Esto debe ser verificable con el archivo descargado directamente del cuentame	2.1. Cargue de Participantes Nuevos _____ de la UDS delegada	40%		✓		
			2.2 Cargue de Talento Humano Nuevo ____ de la UDS delegada					
			2.3. Cargue de las formaciones de los participantes. 100% participantes					
			2.4 Cargue de formatos de la atencion (RAM)					
		3. Sistematización de la información relacionada con los participantes.	3.1. Directorio de los participantes actualizado de la UDS delegada. Mes de Julio	10%		✓		
			3.2. Actualización de formatos RAM, Refrigerios. Bienestarina y entregada de RPP					
		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)	5%		✓		
			4.2. Carpetas de los participantes vinculados a la UDS _____ Participantes.					
			4.3. Organización de archivo físico para lista de espera					
		5. Construcción de la nómina recepcion y verificación de la documentación para formalización	5.1. Formato de nómina en excel	10%		✓		
			5.2. Chek list de nómina por cargo (100% de los soportes relacionados) de la UDS asignada Proyección Kennedy 22 de Julio _AM Suba 21 de Junio					
		6. Organización de formatos y material requerido para la operación del programa	6.1. Kardex de ingresos a la bodega y egreso. (Materiales y Dotación)	5%		✓		
		7. Solicitud de Refrigerios. Semanal	7.1. Kardex de ingresos y egresos de pedidos de refrigerios	10%		✓		
			7.2 Consolidado del mes					
			7.3 Diligenciamiento en el drive de la solicitud de pedidos de refrigerios semanal (jueves de cada semana)					
		8. Custodia y control de los equipos de computo e impresión y sedes de trabajo	8.1 Relación de fotocopiado e impresiones	5%		✓		
			8.2. Actualización y envio de matriz de arreglos locativos					
		9. Inventarios 2023	9.1. Realizar la consolidación y actualización de los inventarios en el excel correspondiente	7%		✓		
			9.2 Inventario de equipos Audiovisuales.					
			9.3. Inventario ICBF					
			9.4. Inventario APC_Actualizar lo que llegue en el mes					
		10. Organización y relación de servicios públicos y caja menor.	10.1 Formato de relación servicios públicos	3%		✓		
			10.2 Organización AZ con los servicios correspondientes a la UDS					
		11. Participar en las dinamicas relacionadas con la operación.	11.1. Asegurar y mantener el orden y la limpieza, junto con el equipo de trabajo, de las unidades de servicio	2%		✓		
			11.2. Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes					
			TOTAL	97%				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	Jesus Alberto Barba Cadena
C.C.	1.099.549.481

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Gina Isabel Diaz Martinez
C.C.	1.026.268.309

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que JESUS ALBERTO BARBA CADENA identificado(a) con CC 1099549481 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social.

APORTANTE: ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA NI 830107985

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Dias	Novedades	IBC	Tarifa	Cotización
9454670209	85170399	E	2023-08-04	EPS	EPS017	FAMISANAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-08	30		$1,160,000	12.5%	$145,000
9454670209	85170399	E	2023-08-04	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-07	30		$1,160,000	16%	$185,600
9454670209	85170399	E	2023-08-04	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-07	30		$1,160,000	0.522%	$6,100
9454670209	85170399	E	2023-08-04	CCF	CCF21	CAFAM	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-07	30		$1,160,000	4%	$46,400
9454670209	85170399	E	2023-08-04	SENA	PASENA	SENA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-07	30		$1,160,000	2%	$23,200
9454670209	85170399	E	2023-08-04	ICBF	PAICBF	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-07	30		$1,160,000	3%	$34,800
9453428498	37583403	E	2023-07-10	EPS	EPS017	FAMISANAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-07	30		$1,160,000	12.5%	$145,000
9453428498	37583403	E	2023-07-10	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-06	30		$1,160,000	16%	$185,600
9453428498	37583403	E	2023-07-10	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-06	30		$1,160,000	0.522%	$6,100
9453428498	37583403	E	2023-07-10	CCF	CCF21	CAFAM	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-06	30		$1,160,000	4%	$46,400
9453428498	37583403	E	2023-07-10	SENA	PASENA	SENA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-06	30		$1,160,000	2%	$23,200
9453428498	37583403	E	2023-07-10	ICBF	PAICBF	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-06	30		$1,160,000	3%	$34,800

Novedades: ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip

Este certificado se expide el día 2023-09-04 a las 11:09.