ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1
PROGRAMA DIMF KENNEDY
CONTRATO 11006052024

TALENTO HUMANO

FASE ATENCION

ABRIL DE 2024

CONTRATO

DIMF

KENNEDY

11006052024

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

Asociacion Profesionales de Colombia
830.107.985-1
Relacion de gastos
Dimf Kennedy
Talento Humano Contrato 11006052024
Mes Abril 2024 Fase De Atencion

PROVEEDOR	TIPO DE IDENTIFICACION	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN PROVEEDOR	CARGO	SOPORTE	DESCRIPCION SOPORTE	COPROBANTE DE EGRESO	RUBRO	VALOR TOTAL EJECUTADO	RETE ICA 9,66%	VALOR TOTAL PAGADO
Emilce Rojas Aguilar	Cc	52.278.676	Coordinadora	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 4.166.400	$ 40.247	$ 4.126.153
Ana Maria Barragan León	Cc	1.030.572.403	Agente Educativo Perfil 1	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.519.800	$ 24.341	$ 2.495.459
Liliana Patricia Peña Salcedo	Cc	52.974.510	Agente Educativo Perfil 1	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.519.800	$ 24.341	$ 2.495.459
Linda Lucia Gonzales Cordoba	Cc	1.192.783.140	Agente Educativo Perfil 1	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.519.800	$ 24.341	$ 2.495.459
Maria Alejandra Duran Ortiz	Cc	1.099.894.901	Agente Educativo Perfil 1	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.519.800	$ 24.341	$ 2.495.459
Marcela Castillo Valbuena	Cc	1.019.030.999	Agente Educativo Perfil 1	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.519.800	$ 24.341	$ 2.495.459
Martha Elizabeth Paez Alarcon	Cc	1.032.359.119	Agente Educativo Perfil 1	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.519.800	$ 24.341	$ 2.495.459
Ana Herlinda Camacho Sanchez	Cc	39.664.914	Agente Educativo Perfil 2	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.252.250	$ 21.757	$ 2.230.493
Diana Margarita Morales Arrieta	Cc	52.356.915	Profesional Psicosocial	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 3.359.800	$ 32.456	$ 3.327.344
Yuri Alexandra Garcia Avila	Cc	1.032.378.513	Profesional Psicosocial	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.519.800	$ 24.341	$ 2.495.459
Sindy Paola Plata Nieto	Cc	52.762.693	Nutricionista	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.519.850	$ 24.342	$ 2.495.508
Johanna Andrea Contreras Marin	Cc	53.077.091	Nutricionista	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 3.359.800	$ 32.456	$ 3.327.344
Angie Tatiana Muñoz Cardenas	Cc	1.020.786.376	Apoyo Pedagogico	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.211.631	$ 21.364	$ 2.190.267
Claudia Patricia Raquel Buitrago Caro	Cc	53.093.373	Apoyo Pedagogico	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.211.631	$ 21.364	$ 2.190.267
Karenth Jeanneth Junco	Cc	52.932.713	Apoyo Pedagogico	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.211.631	$ 21.364	$ 2.190.267
Mayerly Andrea Gomez Suarez	Cc	1.030.555.808	Apoyo Pedagogico	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.211.631	$ 21.364	$ 2.190.267
Nohora Rosalba Rojas Medina	Cc	51.814.455	Apoyo Pedagogico	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.211.631	$ 21.364	$ 2.190.267
Nicol Alejandra Barrero Vasquez	Cc	1.233.489.641	Apoyo Pedagogico	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.211.631	$ 21.364	$ 2.190.267
Sooner Susana Chaves Rodriguez	Cc	52.847.653	Apoyo Pedagogico	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.211.631	$ 21.364	$ 2.190.267
Angie Daniela Quiñones Hernandez	Cc	1.001.340.480	Auxiliar Administrativa	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.211.631	$ 21.364	$ 2.190.267
Yolima Guzman Fajardo	Cc	40.443.431	Coordinadora	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 3.571.200	$ 34.498	$ 3.536.702
Angela Liliana Caro Pulido	Cc	52.750.469	Agente Educativo Perfil 1	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.519.800	$ 24.341	$ 2.495.459
Nataly Cardenas Cofles	Cc	1.023.920.824	Agente Educativo Perfil 1	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 660.188	$ 6.377	$ 653.811
Greys Alejandra Amaya Lopez	Cc	52.979.572	Agente Educativo Perfil 1	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.519.800	$ 24.341	$ 2.495.459
Luz Nidia Perez Velasquez	Cc	52.463.180	Agente Educativo Perfil 1	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.519.800	$ 24.341	$ 2.495.459
Shirley Paola Vanegas Prada	Cc	52.769.729	Agente Educativo Perfil 1	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.519.800	$ 24.341	$ 2.495.459
Sandra Yackelin Pinzon Salcedo	Cc	1.030.549.541	Agente Educativo Perfil 1	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.519.800	$ 24.341	$ 2.495.459
Ana Jazmin Becerra Gallo	Cc	52.931.661	Agente Educativo Perfil 2	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.252.250	$ 21.757	$ 2.230.493
Diana Katherin Conde Valencia	Cc	1.030.661.794	Profesional Psicosocial	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.519.850	$ 24.342	$ 2.495.508

Gina Paola Martinez Castro	Cc	52.978.862	Profesional Psicosocial	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.519.850	$ 24.342	$ 2.495.508
Nataly Sarmiento Suarez	Cc	1.031.139.309	Nutricionista	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.519.850	$ 24.342	$ 2.495.508
Laura Sofia Alarcon Arbelaez	Cc	1.000.794.222	Nutricionista	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.519.850	$ 24.342	$ 2.495.508
Anyela Patricia Velasquez Gutierrez	Cc	52.792.170	Apoyo Pedagogico	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.211.631	$ 21.364	$ 2.190.267
Jenifer Contreras Yate	Cc	1.030.602.668	Apoyo Pedagogico	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.211.631	$ 21.364	$ 2.190.267
Luz Marina Diaz Corredor	Cc	51.746.897	Apoyo Pedagogico	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.211.631	$ 21.364	$ 2.190.267
Luz Omaira Salamanca Guzman	Cc	1.024.546.491	Apoyo Pedagogico	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 1.551.418	$ 14.987	$ 1.536.431
Martha Cecilia Garzon	Cc	51.930.289	Apoyo Pedagogico	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.211.631	$ 21.364	$ 2.190.267
Yulieth Natalia Muñoz Zamora	Cc	1.032.492.656	Apoyo Pedagogico	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.211.631	$ 21.364	$ 2.190.267
Luz Adriana Rocha Almanza	Cc	1.098.619.826	Auxiliar Administrativa	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.580.200	$ 24.925	$ 2.555.275
TOTAL								**$ 95.341.559**	**$ 920.999**	**$ 94.420.560**

PRESUPUESTO $ 95.341.850
DIFERENCIA $ 291

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	12125060	**Fecha de Emisión**	2024/05/15

Origen

Tipo Producto	Cuenta Ahorros		
Nombre Producto Origen	AHO8187	**No. Producto**	*****8187
Fecha Pago	2024/05/15		

Destino

Tipo Identificación	NIT Persona Jurídica
No. Identificación	8301079851
Beneficiario	ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA
Valor a Pagar	$95,341,559.00
Entidad Financiera	Banco de Bogotá
Tipo Producto	Cuenta Corriente
Producto Destino	075572156
Tipo Pago	PROVEEDORES
Referencia / No. Factura	
Información Adicional	068000000000PINF
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 D.C Mes: ABRIL Día: 30 Año: 2024

CUENTA DE COBRO No. 3

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2024-DIMF KENNEDY-CON001

NOMBRE: EMILCE ROJAS AGUILAR
CEDULA: 52.278.676
CUENTA BANCARIA: 060374899 **BANCO:** BOGOTA **AHORRO _X_ CORRIENTE ___**
LA SUMA DE: ($4.166.400) CUATRO MILLONES CIENTO SESENTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS PESOS M/Cte.
PERIODO: Fase de Atención abril 2024.

CONCEPTO: Coordinadora – DIMF Kennedy Gestando Futuro Gran Britalia y Triunfadoras CTO # 11006052024, con 350 cupos.

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

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI __ **NO**_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 ($4.166.400) cuatro millones ciento sesenta y seis 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:

Eliana Andrea Moreno Vargas.
Coordinador
C.C. 52.357.450

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: Emilce Rojas Aguilar
C.C. 52.278.676
Correo: emilcerojasts@gmail.com
Dirección: Carrera 73 d # 35c –17 sur
Teléfono: 321-3231356

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

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO POR CARGO
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
CTO # 11006052024

PROGRAMA	DIMS GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	EMILCE ROJAS AGUILAR
CARGO	COORDINADOR
PERIODO y FECHA	ABRIL

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
	2	1. Informe Técnico, que de cuenta de la ejecución de cada uno de los componentes en el primer mes de Atención	1.1 Formato fti contractual según parte correspondiente a cada coordinación. 1.2. Organización Drive x Unidad con los estandares del Contractual y cargar los soportes Evidencias. 1.3 Formato fti Acciones	20%	ABRIL	OK		
		2. Velar por mantener el fti 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%	ABRIL	OK		
		3. Organizar, Monitorear o informar las especificaciones de la cobertura y población a atender	3.1 Formato Cartificación de Cobertura. 3.2 Formato población Migrante . 3.3 Formato Desplazados	10%	ABRIL	OK NO DESPLAZADOS		
		4. Novedades de Ingresos y egresos Durante el mes de Abril	4.1 Formato de Novedades de la UDS. _____ Casos, junto con sus soportes 4.2. Formato de notas al día y sincronizado con las novedades del mes	5%	ABRIL	OK 20 INGRESOS		
		5.. Monitorear el cumplimiento Cuenorma al 100% Mensual **Nota aclaratoria:** No se puede egresar participantes de Abril sin la toma de talla y peso.	5.1. Cargue de /Participantes Nuevos _____de la UDS delegada 100% 5.2. Cargue del 100%Nutricional, participantes Nuevos _____ 5.3 Actualización de Talento Humano Nuevo 5.5. Cargue de Formación al 100%, (4 formaciones por persona)	5%	ABRIL	OK 20 INGRESOS		
		6. Organizar, Monitorear y acompañar: * Entrega de RFPP * Entrega de Refrigerios	6.1. Formatos RFP - 18 Listados en total_ 3 por profe (Traer los físicos para verificar_ organizados en una AZ legajados por unidad) 6.2 Formatos de Refrigerio - 72 listados en total _12 por profe (Traer los físicos para verificar_organizados en una AZ legajados por unidad)	15%	ABRIL	OK		
		7. Liderar , Monitorear y acompañar: * Encuentro Grupales a las Familias * Visitas en el Hogar a las Familias	7.1. Formatos RAM. 16 Listados en total_ 3 por profe (Traer los físicos para verificar organizados en una AZ legajados por unidad)	15%	ABRIL	OK		
		8. Construcción de la nómina recepcion y verificación de la documentación para formalización.	8.1. Formato de nómina en excell. 8.2. Check list de nómina por cargo (100% de los soportes relacionados) de la UDS asignada. 8.3. Cartificación de cumplimiento.. de las Personas del equipo. (Verificación Técnica y pedagógica)	10%	ABRIL	OK		
		9.Monitorear y acompañar el proceso de Inventarios 2024	9.1.Realizar la consolidación del inventario 9.2. Inventario de equipos Audiovisuales y Elementos entregados por APC	5%	ABRIL	N/A		
		10. Acta Reunión pedagogica	10.1 Planeacion 10.2 Acta 10.3 Registro fotografico	5%	ABRIL	OK		
		11. Avances SAGE	11.1 Organización Carpetas fisicas y digitales por unidad 11.2 Incluir los doc de avances de acuerdo a los estandares	5%	ABRIL	OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	EMILCE ROJAS AGUILAR
cc.	52278676

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Eliana Mogollón V.
cc.	52.371.450

compensar . miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52278676	EMILCE ROJAS AGUILAR		KR 72 H 38 BIS 65 SUR	3213231356	EMILCEROJASTS@GMAIL COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I – Independiente			BOGOTÁ 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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-03	2024-03	I	08/04/2024	75212921	$483.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES													PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotiza	Aplica	Extranjero	Colombiano	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	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	Días Cotizados	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	52278676	ROJAS AGUILAR EMILCE	59	0				N	R															230301	1.666.800	266.700	0	0	0	0	EPS008	1.666.800	266.400	14-11	1.666.800	1	8.700		0	0	0	0	0	0	0

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

Powered by CamScanner

compensar : miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52278676	EMILCE ROJAS AGUILAR		KR 72 H 38 BIS 65 SUR	3213231358	EMILCEROJASTS@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I - Independiente			BOGOTÁ 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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-03	2024-03	I	08/04/2024	75212921	$483.800	

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	208.400	0		0		0	0	0	0	208.400	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-9	266.700	0	0	0	0	0	0		266.700	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotizacion	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	8.700				8.700	0	0	8.700			87	8.700	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	208.400	208.400
Pensión	1	266.700	266.700
Riesgos Laborales	1	8.700	8.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	483.800	483.800

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

Powered by CamScanner

serviciopse@ac... Ayer

para mí



¡Hola, emilce rojas aguilar!

Gracias por utilizar los servicios de ACH y PSE. La transacción con los siguientes datos fue

Aprobada

Ten en cuenta estos tips de seguridad

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

pse

in ACH Colombia Oficial

X @ACHColombia

ACHColombiaOficial

ACH Colombia Oficial

Ciudad: Bogotá D.C **Mes: ABRIL.** **Día: 30** **Año: 2024**

CUENTA DE COBRO No. 3

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2024-DIMF KENNEDY-CON007

NOMBRE: ANA MARIA BARRAGAN LEON
CEDULA: 1.030.572.403
CUENTA BANCARIA: 191233964 **BANCO:** BOGOTA **AHORRO _X_ CORRIENTE ___**
LA SUMA DE: ($2.519.800) DOS MILLONES QUINIENTOS DIECINUEVE MIL OCHOCIENTOS PESOS M/Cte.
PERIODO: Fase de Atención Abril 2024.

CONCEPTO: Agente Educativo perfil 1 – DIMF Kennedy Gestando Futuro Gran Britalia CTO # 11006052024, con 50 cupos.

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

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

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($2.519.800) Dos millones quinientos diecinueve mil ochocientos pesos M/Cte. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Emilce Rojas Aguilar.
Coordinador
C.C. 52.278.676

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Ana María Barragán L.

NOMBRE: Ana María Barragán León
C.C. 1.030.572.403
Correo: abarraganleon@gmail.com
Dirección: Calle 40 sur # 78 M 27
Teléfono: 319 392 72 07

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 # 11006052024

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	ANA MARIA BARRAGAN
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	ABRIL

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	4	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales	1.1 Planeación Grupal, mínimo de dos encuentros,durante el mes (Formato ICBF), "con las cuatro planeaciones de las áreas correspondientes." 1.2 Cartilla digital (parte uno; conociendonos al 100% diligenciada) 1.3 Cartilla digital (Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada) 1.4 Cartilla digital (Diligenciamiento de la parte cuatro: movilizacion social y gestion comunitaria semana SER COMO NIÑOS)	20%	abr-24	4 planeaciones grupales		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF	2.1. Planeacion Encuentro en el hogar (1 por cada participante) (cargada en en el cuaderno digital en el drive correspondiente) 2.2 Cronograma de Visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 56 y/o _____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atención correspondiente. 2.3 Cartilla digital (parte uno, conociendonos al 100% diligenciada) 2.4 Cartilla digital (Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada)	20%	abr-24	50		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en físico como en drive (50)	3.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA _ 3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas)	5%	abr-24	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 Abril 4.2 Soportes de egreso 4.3 Soportes de ingreso	10%	abr-24	2 ingresos		
		5.Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios,Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.	5.1 Formato Ram 5.2 Refrigerios 5.3 Formato RPP 5.4 Fotografias uno a uno de la entrega de RPP - en power Point 5.5 Formato de Bienestarina Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni enmendaduras	10%	abr-24	ok		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, grupa, o por documentos faltantes	6.1 Formato de novedades 2 por grupo de atencion (si aplica)	10%	abr-24	ok		
		7. Formato de ficha de caracterización de practicas y acciones f7	7.1 Garantizar el adecuado diligenciamiento en el Archivo de excel de practicas (1 pestaña x UA) participantes nuevos	10%	abr-24	ok		
		8. Generar espacios y ambientes enriquecedor que faciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	8.1 Ambietación de espacios físicos de la UDS, "Jugando ando" por la celebracion del dia del niño resaltando los juegos tradicionales, cada dupla enviar fotos y videos. 8.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 8.3 Buen uso de los materiales de consumo que se emplean para la ambientación."Celebracion del dia del niño	15%	abr-24	ok		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Ana María Barragán L.
NOMBRE:	ANA MARIA BARRAGAN LEON
C.C.	1.030.572.403

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

VoBo EMMU
Mayo 2/2024

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-03	548143756	9464066338	I	2024/04/02	2024/04/02	BANCO DE BOGOTA	0	$384,100

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)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$13,600		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$13,600		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$13,600		$0	$0
1	CC 1030572403	BARRAGAN ANA	230201	30	$1,300,000	$208,000	EPS005	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-11	30	$1,300,000	$13,600	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$13,600		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-03	548143756	9464066336	I	2024/04/02	2024/04/02	BANCO DE BOGOTA	0	$384,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$0	$0	$208,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$208,000	$0	$0	$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$13,600	$0	$0	$13,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$13,600	$0	$0	$13,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				1	$384,100	$0	$0	$384,100

2024/04/01 06:52 PM

Banco de Bogotá

Comprobante de compra y pagos virtuales PSE

Pago exitoso

Número de autorización 109202

lunes, 01 de abril de 2024, 6:51:09 PM

Detalle

$384,100.00
Valor Pagado

IVA incluído:	$0.00
Pago a:	APORTES EN LINEA
Débito desde:	Cuenta de ahorros ******3964
Descripción:	nilla de aportes con clave: 9464066338
Fecha y hora inicio transacción	2024-04-01 6:48:36
NIT del comercio	9999001472382
Número de factura	9464066338
Código Único de Seguimiento	548143756
Dirección IP:	190.27.162.211
Referencia 1:	190.27.162.211
Referencia 2:	CC
Referencia 3:	1030572403

Ciudad: Bogotá **Mes: ABRIL** **Día: 30** **Año: 2024**

CUENTA DE COBRO No. 3

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2024- DIMF KENNEDY-CON011

NOMBRE: LILIANA PATRICIA PEÑA SALCEDO
CEDULA: 52.974.510
CUENTA BANCARIA: 212085823 **BANCO: BOGOTA AHORRO _X_ CORRIENTE ___**
LA SUMA DE: ($2.519.800) DOS MILLONES QUINIENTOS DIECINUEVE MIL OCHOCIENTOS PESOS M/Cte.
PERIODO: Fase de atención abril 2024

CONCEPTO: Agente educativa perfil 1- DIMF Kennedy Gestando Futuro Gran Britalia CTO # 11006052024 con 50 cupos.

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

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

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS ($2.519.800) DOS MILLONES QUINIENTOS DIECINUEVE MIL OCHOCIENTOS PESOS M/Cte. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Emilce Rojas Aguilar
Coordinador UDS Gran Britalia
C.C. 52.278.676

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

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

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

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO POR CARGO
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
CTO # 13008082024

PROGRAMA	DIMF GASTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	LILIANA PEÑA SALCEDO
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	ABRIL

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	4	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales	1.1 Planeación Grupal, mínimo de dos encuentros durante el mes (Formato ICBF), "con las cuatro planeaciones de las 8 horas correspondientes" 1.2 Cartilla digital (parte uno: conociendonos al 100% diligenciada) 1.3 Cartilla digital (Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada) 1.4 Cartilla digital (Diligenciamiento de la parte cuatro: movilizacion social y gestion comunitaria semana SER COMO NIÑOS)	20%	abr-24	N/A		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF	2.1. Planeacion Encuentro en el hogar (1 por cada participante) (cargado en en el cuaderno digital en el drive correspondiente) 2.2 Cronograma de Visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de las 50 y/o ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente. 2.3 Cartilla digital (parte uno: conociendonos al 100% diligenciada) 2.4 Cartilla digital (Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada)	20%	abr-24	50 VISITAS SOLA SIN APOYO		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en físico como en dilva (50)	3.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA _ 3.4 Archivo Fisico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas)	5%	abr-24	N/A		
		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 Abril 4.2 Soportes de egreso 4.3 Soportes de ingreso	10%	abr-24	2 INGRESOS		
		5.Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios, Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.	5.1 Formato Ram 5.2 Refrigerios 5.3 Formato RPP 5.4 Fotografías uno a uno de la entrega de RPP - en power Point 5.5 Formato de Bienestarina Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni enmendaduras	10%	abr-24	OK		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o por documentos faltantes	6.1 Formato de novedades 2 por grupo de atencion (si aplica)	10%	abr-24	OK		
		7. Formato de ficha de caracterización de practicas y acciones rf	7.1 Garantizar el adecuado diligenciamiento en el Archivo de excel de practicas (1 pestaña x UA) participantes nuevos	10%	abr-24	N/A		
		8. Generar espacios y ambientes enriquecidos que fusionen el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	8.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS, "Jugando ando" por la celebracion del dia del niño resaltando los juegos tradicionales, cada cupis enviar fotos y videos. 8.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 8.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación,"Celebracion del dia del niño	15%	abr-24	OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Liliana Peña.
NOMBRE:	LILIANA PEÑA SALCEDO
C.C.	52.974.510

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	EMILCE ROJAS AGUILAR
C.C.	52279676

VB° EMRA
Mayo 2/2024

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 52974510		PEÑA SALCEDO LILIANA PATRICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 88 # 6a-90 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3934835	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-03	566711343	9465528532	I	2024/04/03	2024/04/10	NEQUI	7	$379,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing ret tde tae tdp tap vsp cor vst sln ige lma vac inp 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)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$6,800		$0	$0		$377,300
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$6,800		$0	$0		$377,300
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$6,800		$0	$0		$377,300
1	CC 52974510	PEÑA LILIANA	X	23030 1	30	$1,300,000	$208,000	EPS005	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-11	30	$1,300,000	0.522%	$6,800	0	$0	$0	No	$377,300
Total Afiliados(1)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$6,800		$0	$0		$377,300

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52974510		PEÑA SALCEDO LILIANA PATRICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 88 # 6a-90 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3934835	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-03	566711343	9465528532	I	2024/04/03	2024/04/10	NEQUI	7	$379,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$1,300	$0	$209,300
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$208,000	$1,300	$0	$209,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,800	$100	$0	$6,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$6,800	$100	$0	$6,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$1,000	$0	$163,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$162,500	$1,000	$0	$163,500
TOTAL				1	$377,300	$2,400	$0	$379,700

2024/04/18 11:02 AM



¡Hola, Liliana Patricia peña salcedo !

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

Estado de la Transacción: Aprobada
[redacted]

Ten en cuenta estas tips de seguridad

Ciudad: Bogotá D.C **Mes: ABRIL** **Día: 30** **Año: 2024**

CUENTA DE COBRO No. 2

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2024-DIMF KENNEDY-CON018

NOMBRE: LINDA LUCIA GONZALEZ CORDOBA
CEDULA: 1.192.783.140
CUENTA BANCARIA: 106871262 **BANCO:** BOGOTA **AHORRO _X_ CORRIENTE ___**
LA SUMA DE: ($2.519.800) DOS MILLONES QUINIENTOS DIECINUEVE MIL OCHOCIENTOS PESOS M/Cte.
PERIODO: Fase de Atención Abril 2024.

CONCEPTO: Agente educativo perfil 1 – DIMF Kennedy Gestando Futuro Gran Britalia CTO # 11006052024, con 50 cupos.

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

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

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($2.519.800) Dos millones quinientos diecinueve mil ochocientos pesos M/Cte. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:
Emilce Rojas Aguilar.
Coordinador
C.C. 52.278.676

Aprobado por:
Ana Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: LINDA LUCIA GONZALEZ CORDOBA
C.C. 1.192.783.140
Correo: GONLINDA1@hotmail.com
Dirección: Carrera 79C 57H27S
Teléfono: 3046105470

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 # 11088052024

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	LINDA GONZALEZ CORDOBA
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	ABRIL

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	4	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales	1.1 Planeación Grupal, mínimo de dos encuentros durante el mes (Formato ICBF), "con las cuatro planeaciones de las áreas correspondientes" 1.2 Cartilla digital (parte uno: conociendonos al 100% diligenciada) 1.3 Cartilla digital (Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada) 1.4 Cartilla digital (Diligenciamiento de la parte cuatro: movilizacion social y gestion comunitaria semana SER COMO NIÑOS)	20%	abr-24	4 Planeaciones		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF	2.1 Planeacion Encuentro en el hogar (1 por cada participante) (cargada en en el cuaderno digital en el drive correspondiente) 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. 2.3 Cartilla digital (parte uno: conociendonos al 100% diligenciada) 2.4 Cartilla digital (Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada)	20%	abr-24	49 visitas - Ana Lucia y Helena Galeano Rincón		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en físico como en drive (50)	3.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA_ 3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas)	5%	abr-24	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 Abril 4.2 Soportes de egreso 4.3 Soportes de ingreso	10%	abr-24	1 ingreso		
		5.Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios,Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.	5.1 Formato Ram 5.2 Refrigerios 5.3 Formato RPP 5.4 Fotografias una a una de la entrega de RPP - en power Point 5.5 Formato de Bonosistma Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni enmendaduras	10%	abr-24	ok		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o por documentos faltantes	6.1 Formato de novedades 2 por grupo de atención (si aplica)	10%	abr-24	ok		
		7. Formato de ficha de caracterización de practicas y sociones f7	7.1 Garantizar el adecuado diligenciamiento en el Archivo de excel de practicas (1 pestaña x UA) participantes nuevos	10%	abr-24	ok		
		8. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faciliten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	8.1 Ambietación de espacios físicos de la UDS, "Jugando ando" por la celebracion del dia del niño resaltando los juegos tradicionales, cada duple enviar fotos y videos. 8.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica 8.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación."Celebracion del dia del niño	15%	abr-24	ok		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	LINDA GONZALEZ CORDOBA
C.C.	1.152.789.140

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

JOBENMU.
Mayo 2/2024

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	1192783140	LINDA LUCIA GONZALEZ CORDOBA		CALLE130 # 95 34	1054707	GONLINDA1@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2024-04	2024-04	I	22/04/2024	76490308	$377.300	

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	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	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	6.800				6.800	0	0	6.800			56	6.800	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	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	6.800	6.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	377.300	377.300

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1192783140	LINDA LUCIA GONZALEZ CORDOBA	CALLE130 # 95 34	1054707	GONLINDA1@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-04	2024-04	I	22/04/2024	76490308	$377.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES												PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiz. en el exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COTIZACIÓN	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	1192783140	GONZALEZ CORDOBA LINDA LUCIA	59	0				X																230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS008	1.300.000	162.500	14-11	1.300.000	1	6.600		0	0	0	0	0	0	0	0

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

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción:

Código único CUS
591334608

Destino de pago
COMPENSAR-OI

Motivo
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha
22/04/2024

Número de aprobación
00334608

Dirección IP
181.57.2.133

Valor transacción
$ 377.300,00

Costo de la transacción
$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
181.57.2.133	CC	1192783140

Ciudad: Bogotá D.C **Mes: ABRIL** **Día: 30** **Año: 2024**

CUENTA DE COBRO No. 3

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2024-DIMF KENNEDY -CON008

NOMBRE: MARIA ALEJANDRA DURAN ORTIZ
CEDULA: 1.099.894.901
CUENTA BANCARIA: 329259238 **BANCO:** BOGOTA **AHORRO _X_ CORRIENTE ___**
LA SUMA DE: ($2.519.800) DOS MILLONES QUINIENTOS DIECINUEVE MIL OCHOCIENTOS PESOS M/Cte.
PERIODO: Fase de Atención abril 2024.

CONCEPTO: Agente Educativo Perfil 1 – DIMF Kennedy Gestando Futuro Gran Britalia CTO # 11006052024, con 50 cupos.

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

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

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($2.519.800) Dos millones quinientos diecinueve mil ochocientos pesos M/Cte. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Emilce Rojas Aguilar.
Coordinador
C.C. 52.278.676

Aprobado por:

Ana Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Alejandra Duran Ortiz

NOMBRE: María Alejandra Duran Ortiz
C.C. 1.099.894.901
Correo: malduor95gmail.com
Dirección: calle 49 A Bis Sur 10D 20
Teléfono: 3133606640

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

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO POR CARGO
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
CTO # 11006052024

PROGRAMA	DIMF DISTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	MARIA ALEJANDRA DURAN ORTIZ
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	ABRIL

FASE	PAGO Mo	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	4	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales	1.1 Planeación Grupal, mínimo de dos encuentros durante el mes (Formato ICBF), "con las cuatro planeaciones de las áreas correspondientes" 1.2 Cartilla digital (parte uno: conociendonos al 100% diligenciada) 1.3 Cartilla digital (Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada) 1.4 Cartilla digital (Diligenciamiento de la parte cuatro: movilizacion social y gestion comunitaria semana SER CONIO NIÑOS)	20%	abr-24	OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF	2.1. Planeación Encuentro en el hogar (1 por cada participante) (cargada en en el cuaderno digital en el drive correspondiente) 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. 2.3 Cartilla digital (parte uno: conociendonos al 100% diligenciada) 2.4 Cartilla digital (Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada)	20%	abr-24	50 VISTAS		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en físico como en drive (50)	3.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA 3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas)	5%	abr-24	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 Abril 4.2 Soportes de egreso 4.3 Soportes de Ingreso	10%	abr-24	5 INGRESOS		
		5.Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios,Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.	5.1 Formato Ram 5.2 Refrigerios 5.3 Formato RPP 5.4 Fotografias uno a uno de la entrega de RPP - en power Point 5.5 Formato de Bienestarina Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni enmendaduras	10%	abr-24	OK		
		6 Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o por documentos Ritentes	6.1 Formato de novedades 2 por grupo de atencion (si aplica)	10%	abr-24	OK		
		7 Formato de ficha de caracterización de practicas y acciones f7	7.1 Garantizar el adecuado diligenciamiento en el Archivo de excel de practicas (1 pestaña x UA) participantes nuevos	10%	abr-24	OK		
		8. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faliciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	8.1 Ambietación de espacios físicos de la UDS, "Jugando anda" por la celebracion del dia del niño resaltando los juegos tradicionales, cada duple enviar fotos y videos. 8.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagogica 8.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación."Celebracion del dia del niño	15%	abr-24	OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Alejandra Duran
NOMBRE:	MARIA ALEJANDRA DURAN ORTIZ
C.C.	1.099.894.907

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

APROBADO
Mayo 2/2024

enlace operativo

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-04-17, 12:22:32 PM **Tipo Planilla:** I PLANILLA INDEPENDIENTES **Número Planilla:** 70285262

Periodo Cotización: abril de 2024 **Periodo Servicio:** abril de 2024

PAGADA 17/04/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARIA ALEJANDRA DURAN ORTIZ	**Dirección**	CL 49A SUR #10 D - 20		
Documento	CC1099894901	**Teléfono**	3133697130		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Tipo Persona	NATURAL	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Identificación**			
Representante Legal					

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Administradora	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Mineterio	Total
CC 1099894901	DURAN ORTIZ MARIA ALEJANDRA	57	00																0	30	30	30	0	PORVENIR	$ 1.300.000	$ 208.000	NUEVA EPS	$ 1.300.000	$ 162.500	ARL SURA	$ 1.300.000	$ 6.800	NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 377.300

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes FSP	Aportes FSS	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE	TOTAL INTERESES	TOTAL FINAL
$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 0	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 6.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 377.300	$ 0	$ 377.300

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

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

EXPERTOS en PILA

Número de Transacción: APII7229453213961875

Pagos Servicios Electrónicos

Fecha: abril 17 de 2024 12:19 PM ¡ El

débito a la cuenta se ha realizado

EXITOSAMENTE !
Número de Confirmación: 527DCYT

Cuenta desde la cual se realizó el pago:	Cuenta de Ahorros ******6080
Comercio Virtual:	ENLACE OPERATIVO S.A.
Referencia de Pago:	70285262
Valor Pagado:	$ 377.300,00

Imprimir Cerrar

Ciudad: Bogotá D.C **Mes: ABRIL** **Día: 30** **Año: 2024**

CUENTA DE COBRO No. 3

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2024-DIMF KENNEDY-CON010

NOMBRE: MARCELA CASTILLO VALBUENA
CEDULA: 1.019.030.999
CUENTA BANCARIA: 005410626 **BANCO:** BOGOTA **AHORRO _X_ CORRIENTE ___**
LA SUMA DE: ($2.519.800) DOS MILLONES QUINIENTOS DIECINUEVE MIL OCHOCIENTOS PESOS M/Cte.
PERIODO: Fase de Atención abril 2024.

CONCEPTO: Agente Educativo Perfil 1 – DIMF Kennedy Gestando Futuro Gran Britalia CTO # 11006052024, con 50 cupos.

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

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

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($2.519.800) Dos millones quinientos diecinueve mil ochocientos pesos M/Cte. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:
Emilce Rojas Aguilar.
Coordinador
C.C. 52.278.676

Aprobado por:
Ana Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,
Marcela Castillo
NOMBRE: MARCELA CASTILLO VALBUENA
C.C. 1.019.030.999
Correo: chelasca@hotmail.com
Dirección: Carrera 147 # 143B - 56
Teléfono: 3105688181

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 # 13006052024

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO XENNEDY
NOMBRE	MARCELA CASTILLO VALBUENA
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	ABRIL

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	4	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales	1.1 Planeación Grupal, mínimo de dos encuentros,durante el mes (Formato ICBF), "con las cuatro planeaciones de las áreas correspondientes" 1.2 Cartilla digital (parte uno; conociendonos al 100% diligenciada) 1.3 Cartilla digital (Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada) 1.4 Cartilla digital (Diligenciamiento de la parte cuatro: movilizacion social y gestion comunitaria semana SER COMO NIÑOS)	20%	abr-24			
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de minimo dos nucleos de formación (DIMF	2.1. Planeacion Encuentro en el hogar (1 por cada participante) (cargada en en el cuaderno digital en el drive correspondiente) 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. 2.3 Cartilla digital (parte uno; conociendonos al 100% diligenciada) 2.4 Cartilla digital (Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada)	20%	abr-24			
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en fisico como en drive (50)	3.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA _ 3.4 Archivo Fisico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas)	5%	abr-24			
		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 Abril 4.2 Soportes de egreso 4.3 Soportes de ingreso	10%	abr-24			
		5.Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios,Rpp y Bienestarina sin tachones o/ enmendaduras.	5.1 Formato Ram 5.2 Refrigerios 5.3 Formato RPP 5.4 Fotografias uno a uno de la entrega de RPP - en power Point 5.5 Formato de Bienestarina Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni enmendaduras	10%	abr-24			
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o por documentos faltantes	6.1 Formato de novedades 2 por grupo de atencion (si aplica)	10%	abr-24			
		7. Formato de ficha de caracterización de practicas y acciones f7	7.1 Garantizar el adecuado diligenciamiento en el Archivo de excel de practicas (1 pestaña x UA) participantes nuevos	10%	abr-24			
		8. Generar espacios y ambientes enriquecidos que falliciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	8.1 Ambietación de espacios fisicos de la UDS, "Jugando ando" por la celebracion del dia del niño resaltando los juegos tradicionales, cada dupla enviar fotos y videos 8.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagogica. 8.3 Suen uso de los materiales de consumo que se ampleen para la ambientación,"Celebracion del dia del niño	15%	abr-24			
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Marcela Castillo V
NOMBRE:	MARELA CASTILLO VALBUENA
C.C.	1,019.030.909

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

UDS EPMU
Mayo 2/2024

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	CASTILLO VALBUENA MARCELA
IDENTIFICACIÓN:	CC-1019030999
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	001
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	DICIEMBRE 2022
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2024-04-08
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2024-04-22
FECHA DE PAGO:	2024-04-09
ENTIDAD DE PAGO:	NEQUI
PERÍODO PENSIÓN:	2024-03
PERÍODO SALUD:	2024-03
NÚMERO PLANILLA:	29423948
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	29423948
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 162.500
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 208.000	$ 208.000
14-11	860903790	ARL SURA	1	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 6.800	$ 6.800
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 377.300	$ 377.300

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	24/05/2024

← **Comprobante**

Movimiento hecho en:

Nequi

Número de referencia

M7730652

Pago realizado

Pago en

Asopagos

¿Cuánto?

$ 377.300,00

Fecha

08 de abril de 2024 a las 07:16 p. m.

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

Ciudad: Bogotá **Mes: Abril** **Día: 30** **Año: 2024**

CUENTA DE COBRO No. 03

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2024-DIMF TRIUNFADORAS-CON004

NOMBRE: MARTHA ELIZABETH PÁEZ ALARCÓN
CEDULA: 1.032.359.119
CUENTA BANCARIA: 274265222 **BANCO:** BOGOTA **AHORRO _X_ CORRIENTE ___**
LA SUMA DE: ($2.519.800) DOS MILLONES QUINIENTOS DIECINUEVE MIL OCHOCIENTOS PESOS M /CTE.
PERIODO: Fase De Atencion Abril 2024

CONCEPTO: AGENTE EDUCATIVA PERFIL 1 DIMF Kennedy Gestando Futuro Triunfadoras del Contrato N. 11006052024. Con 50 cupos

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

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

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS. ($2.519.800) Dos millones quinientos diecinueve mil ochocientos pesos M /CTE. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Emilce Rojas Aguilar
Coordinadora
C.C. 52.278.676

Aprobado por:

Ana Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.839.600

Atentamente,

MARTHA ELIZABETH PAEZ ALARCON

NOMBRE: Martha Elizabeth Páez Alarcón
C.C. 1.032.359.119
Correo: eliza0313@hotmailcom
Dirección: Carrera 79 F N° 14-45
Teléfono: 322-3337617

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

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO POR CARGO
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
CTO # 1100/605/2024

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	MARTHA ELIZABETH PAEZ ACARON
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	ABRIL

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	3	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales	1.1 Planeación Grupal, mínimo de dos encuentros,durante el mes (Formato ICBF), "con las cuatro planeaciones de las áreas corespondientes" 1.2 Cartilla digital (parte uno: conociendonos al 100% diligenciada) 1.3 Cartilla digital (Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada) 1.4 Cartille digital (Diligenciamiento de la parte cuatro: movilizacion social y gestion comunitaria semana SER COMO NIÑOS)	20%	25/04/2024	OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF	2.1. Planeacion Encuentro en el hogar (1 por cada participante) (cargada en en el cuademo digital en el drive correspondiente) 2.2 Cronograma de Visites, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/o 50 encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente. 2.3 Cartilla digital (parte uno: conociendonos al 100% diligenciada) 2.4 Cartilla digital (Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada)	20%	25/04/2024	OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en fisico como en drive (50)	3.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA _ 3.4 Archivo Fisico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas)	5%	25/04/2024	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 4 en el mes Abril 4.2 Soportes de egreso 4.3 Soportes de ingreso	10%	25/04/2024	OK		
		5.Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios,Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.	5.1 Formato Ram 5.2 Refrigerios 5.3 Formato RPP 5.4 Fotografias uno a uno de la entrega de RPP - en power Point 5.5 Formato de Bienestarina Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni enmendaduras	10%	25/04/2024	OK		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o por documentos faltantes	6.1 Formato de novedades 2 por grupo de atencion (si aplica)	10%	25/04/2024	OK		
		7. Formato de ficha de caracteriación de practicas y acciones f7	7.1 Garantizar el adecuado diligenciamiento en el Archivo de excel de practicas (1 pestaña x UA) participantes nuevos	10%	25/04/2024	OK		
		8. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faliciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	8.1 Ambietación de espacios fisicos de la UDS, "Jugando ando" por la celebracion del dia del niño resaltando los juegos tradicionales, cada dupla enviar fotos y videos. 8.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 8.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación."Celebracion del dia del niño	15%	25/04/2024	OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	MARTHA ELIZABETH PAEZ A
C.C.	1.032.359.119 Bta

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	MARTHA Narvaez
C.C.	52356915

VOBO MN
Mayo 2/2024

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1032359119		PAEZ ALARCON MARTHA ELIZABETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 7 A No 2A -35	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2926246	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-03	562626228	9465467956	I	2024/04/04	2024/04/08	NEQUI	4	$278,800

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)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0
1	CC 1032359119	PAEZ MARTHA	230201	30	$1,300,000	$208,000	EPS017	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-11	30	$1,300,000	$6,800	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-03	562626228	9465467956	1	2024/04/04	2024/04/08	NEQUI	4	$378,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$800	$0	$208,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$208,000	$800	$0	$208,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,800	$100	$0	$6,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$6,800	$100	$0	$6,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$600	$0	$163,100
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$162,500	$600	$0	$163,100
TOTAL				1	$377,300	$1,500	$0	$378,800

Detalle del movimiento

Pago realizado

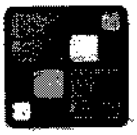
Pago en
Aportes En Linea

¿Cuánto?
$ 378.800,00

Fecha
08 de abril de 2024 a las 12:22 p. m.

Referencia
M3088133

¿De dónde salió la plata?



Disponible
$ 378.800,00

Ciudad: Bogotá D.C **Mes: Abril** **Día: 30** **Año: 2024**

CUENTA DE COBRO No. 3

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2024-DIMF KENNEDY-CON009

NOMBRE: ANA HERLINDA CAMACHO SANCHEZ
CEDULA: 39.664.915
CUENTA BANCARIA: 060374956 **BANCO:** BOGOTA **AHORRO _X_ CORRIENTE ___**
LA SUMA DE: ($2.252.250) DOS MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS CINCUENTA. PESOS M/Cte.
PERIODO: Fase de Atención Abril 2024.

CONCEPTO: Agente Educativa Perfil 2 – DIMF Kennedy Gestando Futuro Gran Britalia CTO # 11006052024, con 50 cupos.

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

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

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($2.252.250) Dos millones doscientos cincuenta y dos mil doscientos cincuenta pesos M/Cte. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:
Emilce Rojas Aguilar.
Coordinador
C.C. 52.278.676

Aprobado por:
Ana Rocio Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: Ana Herlinda Camacho Sanchez
C.C. 39.664.915
Correo:ancas12@hotmail.com
Dirección: CRA 78 a # 47 30 SUR
Teléfono: 314-3870875

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

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO POR CARGO
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
CTO # 11006052024

PROGRAMA	SEMBRANDO FUTURO GESTANTE
NOMBRE	ANA CAMACHO
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	ABRIL

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	no CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	4	1. Planear, desarrollar e implementar tertulias de familias realizada en los grupos	1.1 Planeación Grupal, mínimo de dos encuentros durante el mes (Formato ICBF), "con las cuatro intervenciones de las áreas correspondientes" 1.2 Cartilla digital (para uno: correspondencia al 100% diligenciado) 1.3 Cartilla digital (Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciado) 1.4 Cartilla digital (Diligenciamiento de la parte cuatro: movilización social y gestión comunitaria semana SIDA COMO NIÑOS)	20%	abr-24	4 PLANEACIONES		
		2. Desarrollar de manera exertiva, planeada y evaluada, encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIAF	2.1 Tabulación (Encuesta) en el Hogal (1 por cada beneficiario) f cargada en en el cuaderno digital en el área correspondiente l 2.2 Cronograma de visitas, con las respectivas Firmas - que evidencia el Desarrollo de las 60 y/o ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atención correspondiente 2.3 Cartilla digital (para uno: correspondencia al 100% diligenciada) 2.4 Cartilla digital (Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciado)	20%	abr-24	4I		4 PUERPERIO
		3. Carpetas Organizadas, actualizadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en físico como en drive (DG)	3.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres de familia del participante 3.2 Acomodación de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo para las visitas SIA y evaluación 3.3 Digitalización de cada uno de los documentos de los participantes del GA 3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas asignadas (beneficiarios)	5%	abr-24	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 Abril 4.2 Soportes de egreso 4.3 Soportes de ingreso	10%	abr-24	I		
		5. Entrega de Formatos de Risk, Rompetacho y Bienestarina en fechorias ni emprendedores	5.1 Formato Risk 5.2 Refrigerio 5.3 Formato RPP 5.4 Fotografías una a una de la entrega de RPP - en power Point 5.5 Formato de Bienestarina Los documentos entregados en hard estarán en archivos ni emprendedores	8%	abr-24	OK		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, grupo, o por documentos faltantes	6.1 Formato de novedades 2 por grupo de atención (si aplica)	10%	abr-24	OK		
		7. Archivo de hoja de caracterizacion de practicas y acciones IT	7.1 Garantizar el adecuado diligenciamiento en el Archivo de cada 60 practicas (1 portafo + UAI participantes nuevos	10%	abr-24	OK		
		8. Generar espacios y ambientes enriquecidos que apoyen el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	8.1 Ambientación de espacios acorde de la UDS, "Jugando aprendo" por la celebración del día del niño reconociendo los juegos tradicionales, cada dupla envía fotos y video. 8.2 Los objetos intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 8.3 Dejar uno de los materiales de dotación que se emplean para la ambientación "Celebración del día del niño"	15%	abr-24	OK		
				TOTAL	100%			

ANA CAMACHO

NOMBRE CONTRATISTA	ANA CAMACHO
NOMBRE	
C.C	39.664.916

NOMBRE COORDINADORA	
NOMBRE	EMILCE ROJAS AGUILAR
C.C	53078876

V°B° ANA
Mayo 2/2024

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **ANA HERLINDA CAMACHO SANCHEZ**, identificada con **CC** número **39664915**, aportó por el empleado **ANA HERLINDA CAMACHO SANCHEZ**, identificado(a) con **CC** número **39664915** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **I** número **76197175** para el periodo de salud **2024-03** y pensiones **2024-03** de la siguiente forma.

Pensiones	25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	900336004	3	0	X														0		30	$1.300.000	0,16000		$208.000	Marzo - 2024	76197175	08/04/2024	N
Salud	EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	830003564	3	0	X														0		30	$1.300.000	0,12500		$162.500	Marzo - 2024	76197175	08/04/2024	N

El presente certificado se expide a los 18 días del mes Abril de 2024

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

compensar

Identificación aportante:

Fecha liquidación: 08/04/2024 11:02:41

Tipo de planilla:

Número de planilla:

Periodo liquidación: Marzo 2024

Fecha límite de pago

Valor a pagar

04/04/2024*

471900,00

Información de la planilla

Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones

Fondo de Cesantías

Ingreso

Utilice su número de identificación como numero de pago sólo en los siguientes puntos:

Banco de Bogotá

Banco AV Villas

Banco de Occidente

39664915

(Corresponde al número de identificación)

Periodo Pensión-Salud: Marzo 2024

Número de pago en otras entidades

Periodo Pensión - Salud: Marzo 2024

83761971/5

Powered by CamScanner

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **ANA HERLINDA CAMACHO SANCHEZ**, identificada con **CC** número **39664915**, aportó por el empleado **ANA HERLINDA CAMACHO SANCHEZ**, identificado(a) con **CC** número **39664915** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **I** número **76197175** para el periodo de salud **2024-03** y pensiones **2024-03** de la siguiente forma.

Pensiones	25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	900336004	3	0	X														0	30	$1.300.000	0,16000		$208.000	Marzo - 2024	76197175	08/04/2024	N
Salud	EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	830003564	3	0	X														0	30	$1.300.000	0,12500		$162.500	Marzo - 2024	76197175	08/04/2024	N

El presente certificado se expide a los 18 días del mes Abril de 2024

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

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **ANA HERLINDA CAMACHO SANCHEZ**, identificada con **CC** número **39664915**, aportó por el empleado **ANA HERLINDA CAMACHO SANCHEZ**, identificado(a) con **CC** número **39664915** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **N** número **8376529952** para el periodo de salud **2024-03** y pensiones **2024-03** de la siguiente forma.

Riesgos Laborales	14-1:	ARL SURA	890903790	59	0	X												0	C	30	$1.300.000	0.00522	-		$6.800	$0	$0	Marzo - 2024	8376529952	24/04/2024	N

El presente certificado se expide a los 25 días del mes Abril de 2024

Este documento está firmado digitalmente por parte de Compensar Operador de Información

Powered by CamScanner

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN D: SERVICIO

N OS: 9490136100 DV: 378666
Cliente:113237 PLATILLAS AVAL Agentes en
Línea Plus Empresarial Abonados Simple Pl
Plan
Fecha: 24/04/2024 09:38:03
PAP: 915568
Nombre: nanan aa
Apellido 1: apana aa
No. Planilla: 837652952
Tipo de Identificación: CEDULA DE
CIUDADANIA
Número Identificación: 39664915
PERIODO: 202403
Referencia: 837652952 Valor: $7.000,00

Aplica condiciones particulares con el
cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el único
documento válido para atender cualquier
reclamación.
Para reclamaciones presente este
recibo. Tel (1) 6510101.
servicioalcliente@efecty.com.co
www.efecty.com.co

Powered by CamScanner

Ciudad: BOGOTÁ D.C Mes: ABRIL Día: 30 Año: 2024

CUENTA DE COBRO No. 3

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2024-DIMF KENNEDY-CON004

NOMBRE: **DIANA MARGARITA MORALES ARRIETA**
CEDULA: **52.356.915 DE BOGOTA**
CUENTA BANCARIA: **380803239**, BANCO: BOGOTÁ AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: ($3.359.800) TRES MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS PESOS M/CTE.
PERIODO: **Fase Atención Abril 2024**

CONCEPTO: APOYO PSICOSOCIAL DIMF Kennedy Gestando Futuro Triunfadoras – Gran Britalia del CONTRATO 11006052024 con 200 cupos

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

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

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($3.359.800) TRES MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS PESOS M/CTE. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Emilce Rojas Aguilar
Coordinador
C.C. 52.278.676

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: **DIANA MARGARITA MORALES ARRIETA**
C.C. 52.356.915 DE BOGOTA
DR. KR 105F # 66 – 10 / 3177465779 / dimarmoa@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 # 21006052024

PROGRAMA	DIME GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	MARGARITA MORALES
CARGO	PSICOSOCIAL
PERIODO y FECHA	ABRIL

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
		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 - Base de las 7 atenciones unificada por UDS	5%	24-abr	OK		
		2. Implementa acciones de articulación con autoridades, instituciones, servicios sociales, comunidades y los diferentes actores de su territorio, para promover redes protectoras para las niñas, los niños y las mujeres gestantes. (MINIMO 2 gestiones, por profesional psicosocial)	2.1. Cartas de gestion con radicado y/o evidencia del correo enviado 2 2. Matriz de Gestión Interistitucional Abril unificada por las 3 UDS	10%	24-abr	EN EL TERRITORIO KENNEDY SE REALIZARON 2 ARTICULACIONES (NIDOS,POLICIA)		
		3. Validación criterios de focalizacion junto con el documento de identidad, de los nuevos ingresos, Marzo _____	3.1 Formato Visita Criterios de Focalización_____, para los casos de ingreso nuevos que aplique 3.2 Subir al drive creado por grupo territorial, los criterios de focalización de los participantes nuevos_____, a los cuales no aplica visita. Se carga la totalidad de Criterios de Focalización de _____ Participantes correspondientes a los tres grupos de atención delegados. 3.3 Cronograma de Visitas - Firma de las familias Visitadas (Formato APC) 3 4. Base de criterios de focalizacion unificada por UDS	15%	24-abr	93 MARZO 7 Abril Bibben. 2		
		4. Realizacion procesos de caracterización, de ___ ingresos para Marzo de las Unidades delegadas en el territorio.	4.1 Registro de _____ Nuevos participantes, en el formato (f23.mo12.pp_formato_ficha_de_caracterizacion_para_los_servicios_de_atencion_a_la_primera_infancia_v2).	15%	24-abr	93 CARACTERIZACIONES	7 Ingresos NO PASADO	
		5. Procesos de Formación y cualificación al Talento Humano de acuerdo con el tema del Plan de Formacion el TH Temas. Construcción del pacto de Convivencia - Rutas de Atencion - Celebración dia del niño	5.1 Acta, Registro fotografico y Firmas	10%	24-abr	OK		
		6..Control Social y Proceso de buzon de sugerencias y control social, (proceso en compañia del comite de control Social).	6.1. Acta de apertura buzon de sugerencias 1 por UDS 6.2 Evidencias fotograficas. 6.3 Acta Reunión Control Social,acompañamiento RPP y cumplimiento del plan de trabajo del comité 6.4 Evidencias socialización respuesta buzon mes anterior	5%	24-abr	OK		
		7.Seguimiento a poblacion migrante y desplazados.	7.1 Base excel poblacion migrante y desplazados, Formatos APC 1 por UDS	5%	24-abr	2 MIGRANTES		
		8.Activacion de rutas segun sea el caso	8.1 Formatos de seguimientos,remisiones. 8.2 Matriz de seguimiento a casos., Priorizados y remitidos (Formato APC) 8.3 Perte 5 Cuaderno Familiar	5%	24-abr	3 CASOS DE SEGUIMIENTO,2 PARTES		
		9 . Aportar a las carillas de encuentro en el hogar, familograma de cada familia participante	9.1 Cartilla encuentro en el hogar Conociendonos (Familograma)	10%	24-abr	100 FAMILIOGRAMAS		
		10. Acompañar y apoyar la entrega de RPP	10.1 Acta de verificación de la RPP con el comite de control social en compañia de la Nutricionista 1 por UDS 10.2 Presencia en el espacio	5%	24-abr	OK		
		11.Seguimiento a casos de transito armonico	11.1 Realizar acta con la sensibilizacion y gestion de los casos que requieren orientacion para el trasito armonico 11.2 Base de tránsito armónico 1 por UDS	5%	24-abr	4 TRANSITO ARMONICO		
ATENCION	4	12. Informe de gestión mensual en el formato F8 contractual y general de acciones	12. Formato de Informe – Enviado por Coordinación Drive 12.1 F8 de acciones i Datos de casos garantia de derechos a Acciones realizadas de cualificacion m Dificultades del componente en el mes 12.2 F8 contractual (Aportes a las obligaciones del componente	10%	24-abr	OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	
FIRMA:	MARGARITA MORALES ARDILA
C.C.	52.856.915.

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

APROBADO
Mayo 2/2024

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52356915
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			DIANA MARGARITA MORALES ARRIETA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CARRERA 97 N 146D-07 APTO 305	TELÉFONO:	5218595
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades profesionales, científicas y té
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			7917226282	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	marzo	AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	marzo	AÑO 2024
DÍAS DE MORA:			5				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2024/04/09	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			563591743

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
23101	23101-COLFONDOS	1	$ 215.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.000	$ 0	$ 215.100	$ 1.000	$ 216.100
SUBTOTALES:										$ 215.100	$ 1.000	$ 216.100

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
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 168.000	$ 0	$ 800	$ 0	$ 168.000	$ 800	10	$ 168.800
SUBTOTALES:													$ 168.000	$ 800	10	$ 168.800

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACION	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	$ 7.100	$ 7.100	$ 100	10	$ 7.200
SUBTOTALES:									$ 7.100	$ 100	10	$ 7.200

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE								NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD								ARP						CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
Nº	IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	RESIDENTE TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 52356915	MORALES ARRIETA DIANA MARGARITA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SE		$ 1.717.100			NO								01-30										23101-COLFONDOS	30	$ 1.344.000	$ 215.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 215.100	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.344.000	$ 168.000	$ 0	$ 168.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.344.000	52356915	$ 7.100		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL $ 392.100

soi

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52356915
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			DIANA MARGARITA MORALES ARRIETA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CARRERA 97 N 146D-07 APTO 330	TELÉFONO:	5218585
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades profesionales, científicas y té
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA							
NÚMERO PLANILLA:			7917226282	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	marzo AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	marzo AÑO	2024
DÍAS DE MORA:			5				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2024/04/09	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			563591743

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
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 215.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.000	$ 0	$ 215.100	$ 1.000	$ 216.100
SUBTOTALES:										**$ 215.100**	**$ 1.000**	**$ 216.100**

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
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 168.000	$ 0	$ 800	$ 0	$ 168.000	$ 800	$ 0	$ 168.800
SUBTOTALES:													**$ 168.000**	**$ 800**	**$ 0**	**$ 168.800**

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	$ 7.100	$ 7.100	$ 100	$ 0	$ 7.200
SUBTOTALES:									**$ 7.100**	**$ 100**	**$ 0**	**$ 7.200**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 52356915	MORALES ARRIETA DIANA MARGARITA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE		$ 1.727.200				NO								01.30									

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
231001-COLFONDOS	30	$ 1.344.000	$ 215.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 215.100

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD / 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	$ 1.344.000	$ 168.000	$ 0	$ 168.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.344.000	52356915	$ 7.100

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	$ 392.100

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52356915
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			DIANA MARGARITA MORALES ARRIETA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CARRERA 97 N 146D-07 APTO	TELÉFONO:	5218585
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades profesionales,
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**7917226282**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES: marzo	PERIODO COTIZACIÓN		MES:	marzo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2024	SALUD:		AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:	5				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/04/09	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		563591743	

NOVEDADES

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

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800227940	231001	231001-COLFONDOS	1	$ 216.100
		SUBTOTAL:	1	**$ 216.100**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 168.800
		SUBTOTAL:	1	**$ 168.800**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 7.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 7.200**

VALOR SIN MORA:	**$ 390.200**
VALOR MORA:	**$ 1.900**
TOTAL PAGADO:	**$ 392.100**

Ciudad: Bogotá D.C **Mes: ABRIL** **Día: 30** **Año: 2024**

CUENTA DE COBRO No. 3

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2024-DIMF KENNEDY-CON003

NOMBRE: YURI ALEXANDRA GARCIA
CEDULA: 1.032.378.513
CUENTA BANCARIA: 075601401 **BANCO: BOGOTA AHORRO _X_ CORRIENTE ___**
LA SUMA DE: ($2.519.800) DOS MILLONES QUINIENTOS DIECINUEVE MIL OCHOCIENTOS PESOS M/Cte.
PERIODO: Fase de Atención Abril 2024.

CONCEPTO: Apoyo Psicosocial – DIMF Kennedy Gestando Futuro Gran Britalia CTO # 11006052024, con 150 cupos.

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

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

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($2.519.800) Dos millones quinientos diecinueve mil ochocientos pesos M/Cte. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:
Emilce Rojas Aguilar.
Coordinador
C.C. 52.278.676

Aprobado por:
Ana Rocio Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,
Yuri Alexandra Garcia Avila
NOMBRE: Yuri Alexandra Garcia Ávila
C.C. 1.032.378.513
Correo: alexandrapsicosocial03@gmail.com
Dirección: Carrera 70B 05 B 06
Teléfono: 318-6669533

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 # 11006932024

PROGRAMA	DNP GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	ALEXANDRA GARCIA
CARGO	PSICOSOCIAL
PERIODO y FECHA	ABRIL

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
		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 - Base de las 7 atenciones unificada por UDS	5%	24-abr	OK		
		2. Implemente 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 sesión) (sin cancelar)	2.1. Cartas de gestion con radicado y/o evidencia del correo enviado 2.2. Matriz de Gestión interinstitucional Abril unificada por las 9 UDS	10%	24-abr	Ok 2 articulaciones		
		3. Validación criterios de focalizacion junto con el documento de identidad, de los nuevos ingresos. Marzo _____	3.1 Formato Visita Criterios de Focalización _____ para los casos de ingreso nuevos que aplique 3.2. Subir al drive creado por grupo territorial, los criterios de focalización de los participantes nuevos_____, a los cuales no aplica visita. Se carga la totalidad de Criterios de Focalizacion de _____ Participantes correspondientes a los tres grupos de atención delegados. 3.3 Cronograma de Visitas - Firma de las familias Visitadas (Formato APC) 3.4. Base de criterios de focalizacion unificada por UDS	15%	24-abr	Criterios que faltaban de mes de marzo :53 criterios - 8 sisben ABRIL:5 criterios sisben:8		
		4. Realizacion procesos de caracterización, de ___ ingresos para Marzo de las Unidades delegadas en el territorio.	4.1 Registro de _____ Nuevos participantes, en el formato (23.mo12.pp_formato_ficha_de_caracterizacion_para_los_servicios_de_atencion_a_la_primera_infancia_v2).	15%	24-abr	fichas marzo:60 abril:13		
		5. Procesos de Formación y cualificación al Talento Humano de acuerdo con el tema del Plan de Formación al TH Temas: Construccion del pacto de Convivencia - Rutas de Atencion - Celebracion dia del niño	5.1 Acta, Registro fotografico y Firmas	10%	24-abr	ok		
		6. Control Social y Proceso de buzon de sugerencias y control social, (proceso en compañía del comite de control Social).	6.1. Acta de apertura buzon de sugerencias 1 por UDS 6.2 Evidencias fotograficas 6.3 Acta Reunion Control Social,acompañamiento RPP y cumplimiento del plan de trabajo del comité 6.4 Evidencias socialización respuesta buzon mes anterior	5%	24-abr	ok		
		7.Seguimiento a poblacion migrante y desplazados.	7.1 Base excel poblacion migrante y desplazados, Formatos APC 1 por UDS	5%	24-abr	ok		
		8.Activacion de rutas según sea el caso	8.1 Formatos de seguimientos,remisiones. 8.2 Matriz de seguimiento a casos., Priorizados y remitidos (Formato APC) 8.3 Pago 5 Cuaderno Escolar	5%	24-abr	ok		
		9.. Aportar a las cartillas de encuentro en el hogar, familiograma de cada familia participante	9.1 Cartilla encuentro en el hogar Conocimientos (Familiograma)	10%	24-abr	ok		
		10. Acompañar y apoyar la entrega de RPP	10.1 Acta de verificacion de la RPP con el comité de control social en compañía de la Nutricionista 1 por UDS 10.2 Presencia en el espacio	5%	24-abr	ok		
		11.Seguimiento a casos de transito armonico	11.1 Realizar acta con la sensibilizacion y gestion de los casos que requieran orientacion para el transito armonico 11.2 Base de tránsito armónico 1 por UDS	5%	24-abr	ok		
ATENCION	4	12. Informe de gestión mensual en el formato F8 contractual y general de acciones	12. Formato de Informe – Enviado por Coordinación Drive 12.1 F8 de acciones I Datos de casos garantía de derechos II Acciones realizadas de cualificacion III Dificultades del componente en el mes 12.2 F8 contractual I Aportes a las obligaciones del componente	10%	24-abr	ok		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	ALEXANDRA GARCIA
NOMBRE	YURI ALEXANDRA GARCIA
C.C.	1.032.378.513

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE	EMILCE ROJAS AGUILAR
C.C.	52278676

VºBº EMILCE
Mayo 2/2024

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 1032378513		GARCIA AVILA YURI ALEXANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 70B # 058 06	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1234567	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-03	14045424	9464515546	I	2024/04/03	2024/04/04	BANCO DE OCCIDENTE	1	$384,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$200	$0	$208,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$208,000	$200	$0	$208,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$13,600	$100	$0	$13,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$13,600	$100	$0	$13,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$200	$0	$162,700
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$162,500	$200	$0	$162,700
TOTAL				1	$384,100	$500	$0	$384,600

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 1032378513		GARCIA AVILA YURI ALEXANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 708 # 058 06	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1234567	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-03	14045424	9464515546	I	2024/04/03	2024/04/04	BANCO DE OCCIDENTE	1	$384,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$13,600		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$13,600		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$13,600		$0	$0
1	CC 1032378513	GARCIA YURI	25-14	30	$1,300,000	$208,000	EPS017	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-11	30	$1,300,000	$13,600	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$13,600		$0	$0

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

OS: 9483689686 DV: 060094
.iente:113237 PLANILLAS AVAL Aportes en
.inea Arus Compensar Asopagos Simple Mi
Plan
:cha: 03/04/2024 16:14:05
IP: 917443
)mbre: YURI ALEXANDRA
)ellido 1: GARCIA AVILA
)M PLANILLA: 9464515546
IPO DE IDENTIFICACION: CEDULA DE
CIUDADANIA
)MERO IDENTIFICACION: 1032378513
:RIODO: 202403
:ferencia: 9464515546Valor: $384.600,00

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

Escaneado con CamScanner

Ciudad: Bogotá D.C **Mes: ABRIL** **Día: 30** **Año: 2024**

CUENTA DE COBRO No. 3

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2024-DIMF KENNEDY-CON005

NOMBRE: SINDY PAOLA PLATA NIETO
CEDULA: 52.762.693
CUENTA BANCARIA: 212220339 **BANCO:** BOGOTA **AHORRO _X_ CORRIENTE ___**
LA SUMA DE: ($2.519.850) DOS MILLONES QUINIENTOS DIECINUEVE MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA PESOS M/Cte.
PERIODO: Fase de Atención abril 2024.

CONCEPTO: Nutricionista – DIMF Kennedy Gestando futuro Gran Britalia CONTRATO 11006052024 con 150 cupos

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

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

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($2.519.850) Dos millones quinientos diecinueve mil ochocientos cincuenta pesos M/Cte. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:
Emilce Rojas Aguilar.
Coordinador
C.C. 52.278.676

Aprobado por:
Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: SINDY PAOLA PLATA NIETO
C.C. 52.762.693
Correo: sp795 @hotmail.com
Dirección: Carrea 81c 55 75 sur
Teléfono: 3152314030

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

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO POR CARGO
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
CTO # 11006052024

PROGRAMA	DNMB GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	SINDY PAOLA PLATA PRETO
CARGO	NUTRICIONISTA
PERIODO y FECHA	ABRIL

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCIÓN	4	1. Planear, desarrollar e implementar Sesiones de familias como se establece en Cronograma de Capacitación, atendiendo a la propuesta de cada Nutricionista por territorio. 1.1. Estrategia IEC: Macro y Micronutrientes - Alimentos fuerte 1.2. Promoción de la lactancia materna: Almacenamiento y conservación de la leche humana	1.1 Planeación cargada al drive 1.2 Realización de los talleres, de las UAS delegadas 1.3 Acta de proceso con listados de asistencias en físico y digital, promoción en la unidad 1.4. Registro fotográfico.	15%	abr-24	OK		
		2. Cualificación al Talento Humano, según Cronograma de estrategia IEC (Información Educación y Comunicación en SAN) Temas de Marzo: 2.1. Estrategia IEC: Macro y Micronutrientes - Alimentos fuerte / Protocolo de compra, transporte, recibido y almacenamiento (BPM) 2.2. Promoción de la lactancia materna: Almacenamiento y conservación de la leche humana	2.1 Planeación cargada al drive 2.2 Acta de proceso con listados de asistencias en físico y digital 2.3 Registro Fotográfico	10%	abr-24	OK		
		3. Tamizaje a participantes nuevos en el mes: son	3.1. Formato F11 y 16 según corresponda 3.2. Formato borrador de tamizaje nutricional (formato APC)	20%	abr-24	7 INGRESOS		
		4. Cargar a la plataforma Cuéntame los datos correspondientes a las tomas iniciales, de los _____ ingresos del mes.	**4. Descargue del excel , generado en aplicativo CUÉNTAME, donde se encuentren filtrados los participantes ingresados maximo 8 días despues del ingreso.** 4.1 Actualización formato F11 4.2 Actualización formato F16	5%	abr-24	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:** 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) **Casos Riesgos de Desnutrición Aguda (priorización para encuentro en el hogar)** 5.5. Matriz de seguimiento a casos 5.6. Seguimiento cartilla encuentros en el hogar (Para 5) **Evento 113: 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:** 5.7. Entrega de PTLC: 5.8. Consulta de CYD, nutrición, pediatría, examenes complementarios. 5.9. La información recibida debera registrarse en formato de acta APC anexando los soportes que la familia entregue.	20%	abr-24	NA		
		6. Acompañar y apoyar la entrega de RFPP, Refrigerios y Bienestarina .	**6.Formatos:** 6.1. Formato de Verificación de calidad y cantidad 6.2 Acta de verificación de la RPP con el cliente de control social en compañía de la Psicosocial 6.3 Presencia en el depósito	10%	abr-24	OK		
		7. Acompañar, verificar y apoyar PSB y BPM.	**7.Formatos:** 7.1. Formatos de limpieza y desinfección 7.2 Actualización de PSB 7.3 Actualización de BPM	5%	abr-24	OK		
		8. Seguimiento BOTICUIN	8.1 Realizar verificación de los insumos del Boticuin	5%	abr-24	OK		
		9. Informe de gestión mensual en el formato F6 contractual y general de acceso	9 Formato de informe – Enviado por Coordinación Drive 9.1 F6 de acciones i Datos de casos con desnutrición ii Acciones realizadas de cualificación iii Dificultades del componente en el mes 9.2 F6 contractual	10%	abr-24	OK		
				100%				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	SINDY PAOLA PLATA PRETO
C.E.	52.782.693

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	EMILCY ROJAS AGUILAR
C.C.	52179676

VºBº EMMO.
Mayo 21/2024

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52762693		PLATA NIETO SINDY PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 81C 55 75 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3000000	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-04	2024-04	570438072	9465136317	I	2024/05/23	2024/04/12	BANCOLOMBIA	0	$377,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
1	CC	52762693	PLATA NIETO SINDY PAOLA	25-14	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-11	30	$1,300,000	$6,800	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$0	$0	$208,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$208,000	$0	$0	$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,800	$0	$0	$6,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$6,800	$0	$0	$6,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				1	$377,300	$0	$0	$377,300

Comprobante

de pago en línea



APORTES EN LINEA

Pago realizado por: SINDY PAOLA PLATA NIETO

Nro. de recibo: 9465136317

Descripción del pago: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9465136317

Identificación del contribuyente: 181.53.96.84

Concepto: CC

Razón Social: 52762693

Fecha y hora de la transacción: Jueves 11 de Abril de 2024 06:44:20 PM

Nro. de comprobante: 0000047022

Valor pagado: $ 377,300.00

Producto: *******2641

Bancolombia S.A.

Comuníquese con nuestra Sucursal Telefónica Bancolombia: Bogotá 343 0000 - Medellín 510 9000 - Cali 554 0505 - Barranquilla 361 8888 - Cartagena 693 4490 - Bucaramanga 697 2525 - Pereira 340 1213 - El resto del país 01 800 09 12345 - Sucursales Telefónicas en el exterior: España 900 995 717 - Estados Unidos 1866 370 9714, en caso de recibir una alerta o notificación de una transacción que presenta alguna irregularidad.

Bancolombia nunca le solicitará sus datos personales o de seguridad financiera mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno reportarlo inmediatamente a reportesospechoso@bancolombia.com

Ciudad: Bogotá **Mes: ABRIL** **Día: 30** **Año: 2024**

CUENTA DE COBRO No. 3

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2024-DIMF KENNEDY
NOMBRE: JOHANNA ANDREA CONTRERAS MARÍN
CEDULA: 53.077.091
CUENTA BANCARIA: 092319696 BANCO: BOGOTÁ **AHORRO _X_ CORRIENTE ___**
LA SUMA DE: ($3.359.800) TRES MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS PESOS M/CTE.
PERIODO: Fase de Atención abril 2024.

CONCEPTO: Nutricionista – DIMF Kennedy Gran Britalia – Triunfadoras CONTRATO 11006052024 con 200 cupos.

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

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

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($3.359.800) TRES MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS PESOS M/CTE. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Emilce Rojas Aguilar.
Coordinador
C.C. 52.278.676

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: Johanna Andrea Contreras Marín
C.C. 53.077.091
Correo: andreco85@gmail.com
Dirección: KR 71 B BIS 5 17

Teléfono: 3214207614NOTA: 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 # 11006052024

olytrv

PROGRAMA	DMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	ANDREA CONTRERAS MARIN
CARGO	NUTRICIONISTA
PERIODO y FECHA	ABRIL

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACION
ATENCIÓN	4	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias como se establece en Cronograma de Capacitación, deacuerdo a la propuesta de cada Nutricionista por territorio. - 1.1 Estrategia IEC: Macro y Micronutrientes - Alimentos fuente 1.2 Promocion de la lactancia materna: Almacenamiento y conservación de la leche humana	1.1 Planeación cargada al drive 1.2 Realización de los talleres, de los UAS delegadas 1.3 Acta de proceso con listados de asistencias en físico y digital, promoción en la unidad 1.4. Registro fotografico.	15%	abr-24	OK		
		2. Cualificación al Talento Humano, según Cronograma de estrategia IEC (Información Educación y Comunicación en SAN) Temas de Marzo: 2.1. Estrategia IEC: Macro y Micronutrientes - Alimentos fuente / Protocolo de compra, transporte, recibido y almacenamiento (BPM) 2.2. Promocion de la lactancia materna: Almacenamiento y conservación de la leche humana	2.1 Planeación cargada al drive 2.2 Acta de proceso con listados de asistencias en físico y digital 2.3 Registro Fotografico	10%	abr-24	OK		
		3. Tamizaje a participantes nuevos en el mes: son	3.1. Formato F11 y 16 segun corresponda 3.2. Formato borrador de tamizaje nutricional (formato APC)	20%	abr-24	13 INGRESOS		
		4. Cargar a la plataforma Cuentame los datos correspondientes a las tomas iniciales, de los ingresos del mes.	4. Descargue del excel , generado en aplicativo CUENTAME, donde se encuentren filtrados los participantes ingresados maximo 8 dias despues del ingreso. 4.1 Actualización formato F11 4.2 Actualizacion formato F16	5%	abr-24	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:** 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) **Casos Riesgos de Desnutrición Aguda (priorización para encuentro en el hogar)** 5.5. Matriz de seguimiento a casos 5.6 Seguimiento cartilla encuentros en el hogar (Parte 5) **Evento 113: De acuerdo a las solicitudes del CZ los casos que desde la secretaria de salud sean identificados y notificados como desnutrición aguda, deberan contar con seguimiento y acercamiento a las familias para la validación de servicios recibidos por la EAPB, tales como:** 5.7. Entrega de FTLC; 5.8. Consulta de CYD; nutrición, pediatra, examentes complementarios. 5.9. La información recibida debera registrarse en formato de acta APC anexando los soportes que la famila entregue.	20%	abr-24	1 CASO OK		
		6. Acompañar y apoyar la entrega de RFPP, Refrigerios y Bienestarina .	6.Formatos: 6.1. Formato de Verificación de calidad y cantidad 6.2 Acta de verificacion de la RPP con el comite de control social en compañia de la Psicosocial 6.3 Presencia en el espacio	10%	abr-24	OK		
		7. Acompañar, verificar y apoyar PSB y BPM.	7.Formatos: 7.1. Formatos de limpieza y desinfeccion 7.2 Actualizacion de PSB 7.3 Actualizacion de BPM	5%	abr-24	OK		
		8. Seguimiento BOTIQUIN	8.1 Realizar verificacion de los insumos del Botiquin	5%	abr-24	OK		
		9. Informe de gestión mensual en el formato F8 contractual y general de acciones	9. Formato de Informe – Enviado por Coordinación Drive 9.1 F8 de acciones i Datos de casos con malnutrición ii Acciones realizadas de cualificacion iii Dificultades del componente en el mes 9.2 F8 contractual i Aportes a las obligaciones del componente	10%	abr-24	OK		
				100%				

FIRMA CONTRATISTA	Andrea C
NOMBRE:	ANDREA CONTRERAS MARIN
C.C.	53.077.091

FIRMA COORDINADORA	Emilce
NOMBRE:	Emilce Lago
C.C.	52278646

VOBO
EMV
Nov 02/2024

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	63077091-0	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.		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	
2024-03	2024-03	I	16/04/2024	75721981	$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	860903790-5	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 AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	53077091-0	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.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	IBC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-03	2024-03	I	16/04/2024	75721981	$737.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Ciudad	Subtipo	Extranjero	Colom. residente	Exonerado	IGE	ITE	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COTIZACIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	53077091	CONTRERAS MARIN JOHANNA ANDREA	68	0			N																	23030I	2.337.200	374.000	0	0	0	0	EPS000	2.337.200	292.200	14-11	2.337.200	3	57.000	CCF24	2.337.200	14.100	0	0	0	0	0

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

virtual.bancodebogota.co/products/detail-and-txhistory

Gmail: correo elect... | Calculadora Harris... | Salud y nutrición b... | Microsoft Office_S... | resuelve pagos | ::TALENTO HUMAN...

Atrás | Salir

Cuenta de Ahorros Nómina

No. 092319896

Tus movimientos

Buscar movimientos | Descargar

Estás viendo los movimientos de: 16 abr. 2024

Fecha aplicacion	Descripción	Monto
2024-04-15	Gravamen Movimientos Financieros	$ -11.016
2024-04-16	Compra en establecimiento PZA CREPES Y [illegible]	$ -16.900
2024-04-[illegible]	[illegible]	$ -23.[illegible]

Ciudad: Bogotá D.C **Mes: ABRIL** **Día: 30** **Año: 2024**

CUENTA DE COBRO No. 3

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2024-DIMF KENNEDY-CON016

NOMBRE: ANGIE TATIANA MUÑOZ CARDENAS
CEDULA: 1.020.786.376
CUENTA BANCARIA: 026276766 BANCO: BOGOTA **AHORRO _X_ CORRIENTE ___**
LA SUMA DE: ($ 2.211.631) DOS MILLONES DOSCIENTOS ONCE MIL SEISCIENTOS TREINTA Y UN PESOS M/Cte.
PERIODO: Fase de Atención abril 2024.

CONCEPTO: Apoyo Pedagógico Perfil 1 - DIMF Kennedy Gestando Futuro Gran Britalia CONTRATO 11006052024, con 50 cupos.

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

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

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($ 2.211.631) dos millones doscientos once mil seiscientos treinta y un pesos M/Cte. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Emilce Rojas Aguilar.
Coordinador
C.C. 52.278.676

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
Correo: angy.t@hotmail.com
Dirección: carrera 80d # 7b – 83
Teléfono: 3219932474

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 # 11006052024

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	ANGIE TATIANA MUÑOZ CARDENAS
CARGO	APOYO PEDAGOGICO UDS
PERIODO y FECHA	ABRIL

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	APOYO PEDAGOGICO: FECHA DE REVISION	CUMPLIO	NO CUMPLIO	OBSERVACIONES
ATENCION ABRIL	4	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales	1.1 Planeación Grupal, mínimo de dos encuentros,durante el mes (Formato IOBF), "con las cuatro planeaciones de las áreas correspondientes" 1.2 Cartilla digital (parte uno: conocimientos al 100% diligenciada) 1.3 Cartilla digital (Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada) 1.4 Cartilla digital (Diligenciamiento de la parte cuatro: movilización social y gestion comunitaria semana SER COMO NIÑOS)	20%	abr-24	4 PLANEACIONES		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF	2.1. Planeacion Encuentro en el hogar (1) (cargada en cada uno de los cuadernos familiares) 2.2 Cronograma de Visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/0 ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente. 2.3 Cartilla digital y unicamente las hojas 3, 9 y 10 para gestantes T6	20%	abr-24	41 VISITAS		INCAPACIDAD
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en físico como en drive (50)	3.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA 3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (participantes nuevos) 3.5 Archivo físico y digital de los documentos de los egresos generados hasta el momento	10%	abr-24	OK		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falla de algun documento	6.1 Apoyar en el seguimiento de novedades 2 por grupo de atencion	5%	abr-24	OK		
		7. Formato de ficha de caracterización de practicas y asistencia ff	7.1 3 Apoyar en el diligenciamiento del archivo de excel de practicas (1 pestaña x UA) participantes nuevos	20%	abr-24	OK		
		8. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faciliten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	8.1 Ambietación de espacios físicos de la UDS, "Jugando ando" por la celebracion del dia del niño resaltando los juegos tradicionales, cada dupla enviar fotos y videos. 8.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 8.3 Buen uso de los materiales de consumo que se entregen para la ambientación."Celebracion del dia del niño	25%	abr-24	OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	ANGIE TATIANA MUÑOZ CARDENAS
C.C.	1.020.786.376

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

VOBO EMNU
Mayo 2/2024

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	1020786376	ANGIE TATIANA MUÑOZ CARDENAS	carrera 1 bis este # 162a 42	6017003746	angy.t@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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2024-03	2024-03	I	18/04/2024	76088226	$377.800	

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	162.500	0		0		0	1	200	0	162.700	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	208.000	0	0	0	0	1	200	0	208.200	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	6.800				6.800	1	100	6.900			68	6.900	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	162.700
Pensión	1	208.000	208.200
Riesgos Laborales	1	6.800	6.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	377.300	377.800

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	1020786376	ANGIE TATIANA MUÑOZ CARDENAS		carrera 1 bis este # 162a 42	6017003746	angy.t@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-03	2024-03	I	18/04/2024	76088226	$377.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiz. estudio	Exonerado	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	1020786376	MUÑOZ CARDENAS ANGIE TATIANA	59	0			N																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS008	1.300.000	162.500	14-11	1.300.000	1	6.800		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?
$ 377.800,00

Fecha
18 de abril de 2024 a las 07:07 a. m.

Referencia
M356167

¿De dónde salió la plata?



Disponible
$ 377.800,00

Ciudad: BOGOTA D.C **Mes: ABRIL** **Día: 30** **Año: 2024**

CUENTA DE COBRO No. 03

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2024-DIMF KENNEDY - CON 014

NOMBRE: CLAUDIA PATRICIA RAQUEL BUITRAGO CARO
CEDULA: 53.093.373
CUENTA BANCARIA: 075611343 **BANCO: BOGOTA AHORRO _X_ CORRIENTE ___**
LA SUMA DE: ($2.211.631) Dos Millones Doscientos Once mil Seiscientos treinta y un pesos M/Cte.
PERIODO: Fase Atención abril 2024

CONCEPTO: Auxiliar Pedagogica DIMF Kennedy Gestando Futuro Gran Britalia del Contrato N. 11006052024. Con 50 cupos

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

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

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($2.211.631) Dos Millones Doscientos Once mil Seiscientos treinta y un **pesos** M/Cte. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:
Emilce R.
Emilce. Rojas Aguilar
Coordinadora
C.C. 52.278.676

Aprobado por:
Ana Rocio Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C 52.339.600

Atentamente,

Claudia patricia Buitrago
NOMBRE: Claudia Patricia Raquel Buitrago Caro
C.C. 53.093.373
Correo: Correo.patty.pb45@gmail.com
Dirección: DR. CLL 70A # 45C - 10 SUR
Teléfono: 3114819477

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

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO POR CARGO
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
CTO # 1100605 2024

PROGRAMA	DNMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	CLAUDIA BUITRAGO
CARGO	APOYO PEDAGOGICO UDS
PERIODO y FECHA	ABRIL

					APOYO PEDAGOGICO :		
FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLIO	NO CUMPLIO	OBSERVACIONES
ATENCION ABRIL	4	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales	1.1 Planeación Grupal, mínimo de dos encuentros durante el mes (Formato ICBF), "con las cuatro planeaciones de las áreas correspondientes" 1.2 Cartilla digital (parte uno: conociendonos al 100% diligenciada) 1.3 Cartilla digital (Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada) 1.4 Cartilla digital (Diligenciamiento de la parte cuatro: movilizacion social y gestion comunitaria semana SER COMO NIÑOS)	20%	abr-24	DIGITO CUADERNOS GRUPALES, ASISTIO PRIMERA Y ULTIMA SEMANA EG		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DNMF	2.1. Planeacion Encuentro en el hogar (1) (cargada en cada uno de los cuadernos familiares) 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. 2.3 Cartilla digital y unicamente las hojas 8, 9 y 10 para gestantes 18.	20%	abr-24	NO HIZO VISITAS /DIGITO LOS 50 CUADERNOS		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en físico como en drive (50)	3.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalización de cada uno de los documentos de los participantes del GA 3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (participantes nuevos) 3.5 Archivo físico y digital de los documentos de los egresos generados hasta el momento.	10%	abr-24	OK		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento	6.1 Apoyar en el seguimiento de novedades 2 por grupo de atencion	5%	abr-24	OK		
		7. Formato de ficha de caracterización de practicas y acciones if7	7.1 3 Apoyar en el diligenciamiento del archivo de excel de practicas (1 pestaña x UA) participantes nuevos	20%	abr-24	OK		
		8. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faciliten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	8.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS, "Jugando ando" por la celebracion del dia del niño resaltando los juegos tradicionales, cada dupla enviar fotos y videos. 8.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 8.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación."Celebracion del dia del niño	25%	abr-24	OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Claudia Buitrago
NOMBRE:	CLAUDIA BUITRAGO
c.c.	59.093.373

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	EMILCE ROJAS AGUILAR
c.c.	52276578

VºBº EMNU.
Mayo 2/2024

aportes en línea

Resumen General de Pago

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-03	1000000873	9464360817	I	2024/04/16	2024/04/18	BANCO DE BOGOTA	2	$384,900

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)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$13,600		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$1,300,000**	**$208,000**			**$1,300,000**	**$162,500**			**$0**	**$0**			**$1,300,000**	**$13,600**		**$0**	**$0**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$13,600		$0	$0
1	CC 53093373	BUITRAGO CLAUDIA	231001	30	$1,300,000	$208,000	EPS005	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-11	30	$1,300,000	$13,600	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$13,600		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-03	1000003873	9464360817	I	2024/04/16	2024/04/18	BANCO DE BOGOTA	2	$384,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$400	$0	$208,400
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$208,000	$400	$0	$208,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$13,600	$100	$0	$13,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$13,600	$100	$0	$13,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$300	$0	$162,800
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$162,500	$300	$0	$162,800
TOTAL				1	$384,100	$800	$0	$384,900

RECIBO DE VENTA

Fecha: 2024-04-17

Hora: 21:11

Codigo: 422577149

Codigo del proveedor:
322790

Nro: 9464360817

Valor Venta: $384.900

Producto: PLANILLA AS APORTES EN LINEA
(Banco de Bogotá)

ID PDV: 280888

Número de celular: 3114849477

Banco: BANCO DE BOGOTA

Código de convenio: 1506

Referencia de pago: 53093373

Costo de la transacción: $0

Núm apro/recibo: 322790

Terminal aval: 7925

Banco de Bogotá es responsable por los servicios prestados por el CB en esta transaccion. Para reclamos comuniquese al: 018000518877

Powered by CamScanner

Ciudad: Bogotá D.C **Mes: ABRIL** **Día: 30** **Año: 2024**

CUENTA DE COBRO No. 3

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2024-DIMF KENNEDY-CON017

NOMBRE: KARENTH JEANNETH JUNCO
CEDULA: 52.932.713
CUENTA BANCARIA: 275469005 **BANCO:** BOGOTA **AHORRO _X_ CORRIENTE ___**
LA SUMA DE: ($2.211.631) DOS MILLONES DOSCIENTOS ONCE MIL SEISCIENTOS TREINTA Y UN PESOS M/Cte.
PERIODO: Fase de Atención abril 2024.

CONCEPTO: Apoyo Pedagógico – DIMF Kennedy Gestando Futuro Gran Britalia CTO # 11006052024, con 50 cupos.

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

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

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

TOTAL A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($ 2.211.631) Dos millones doscientos once mil seiscientos treinta y un pesos M/Cte. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:
Emilce Rojas Aguilar.
Coordinador
C.C. 52.278.676

Aprobado por:
Ana Rocio Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Karenth Junco
NOMBRE: Karenth Jeanneth Junco
C.C. 52.932.713
Correo: Karenth.12junco@gmail.com
Dirección: calle 73 # 89ª -23
Teléfono: 322 8486614

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 # 11006052024

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	KARENTH JEANNETH JUNCO
CARGO	APOYO PEDAGOGICO UDS
PERIODO y FECHA	ABRIL

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	APOYO PEDAGOGICO: FECHA DE REVISION	CUMPLIO	NO CUMPLIO	OBSERVACIONES
ATENCION ABRIL	4	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales	1.1 Planeación Grupal, mínimo de dos encuentros durante el mes (Formato ICBF), "con las cuatro planeaciones de las áreas correspondientes" 1.2 Cartilla digital (parte uno, conocicendence al 100% diligenciada) 1.3 Cartilla digital (Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada) 1.4 Cartilla digital (Diligenciamiento de la parte cuatro: movilizacion social y gestion comunitaria semana SER COMO NIÑOS)	20%	abr-24	OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF	2.1. Planeacion Encuentro en el hogar (1) (cargada en cada uno de los cuadernos familiares) 2.2 Cronograma de Visitas, con las respectivas Firmas - que evidencia el Desarrollo de los 50 y/0 ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atención correspondiente. 2.3 Cartilla digital y unicamente las hojas 3, 9 y 10 para gestantes 18.	20%	abr-24	50 VISITAS		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en fisico como en drive (50)	3.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Aprovisionacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA 3.4 Archivo Fisico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (participantes nuevos) 3.5 Archivo fisico y digital de los documentos de los agregos generados hasta el momento.	10%	abr-24	OK		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento	6.1 Apoyar en el seguimiento de novedades 2 por grupo de atencion	5%	abr-24	OK		
		7. Formato de ficha de caracterización de practicas y acciones f7	7.1 3 Apoyar en el diligenciamiento del archivo de excel de practicas (1 pestaña x UA) participantes nuevos	20%	abr-24	OK		
		8. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faciliten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	9.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS, "Jugando ando" por la celebracion del dia del niño resaltando los juegos tradicionales, cada dupla enviar fotos y videos. 8.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 8.3 Buen Uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación."Celebracion del dia del niño	25%	abr-24	OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Karenth Junco
NOMBRE:	KARENTH JEANETH JUNCO
C.C.	52.932 713

FIRMA COORDINADORA	Emilce Rojas A.
NOMBRE:	EMILCE ROJAS AGUILAR
C.C.	52279676

VoBo EMU.
Mayo 2/2024

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

Señor(a): KARENTH JEANNETH JUNCO
No. Identificación: CC52932713
Dirección: CALLE 73 89 A 23
Telefono: 0000000
Correo: karenth.12junco@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8376332523

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	KARENTH JEANNETH JUNCO
Tipo y número de identificación	CC52932713
Número de planilla	8376332523
Fecha pago	24-04-15
Número de autorización pago	96365
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	marzo de 2024
Periodo de Cotización Pensión	marzo de 2024
Número de Administradoras	
Total Pagado	3 00
Total Intereses de Mora	

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
11	C	0	
0201	eccion (IN Proteccion)	200	1
E 08	Compensar S	00	1

8376332523

TIPO DOC. CC
NO. DOCUMENTO 52932713
APELLIDOS Y NOMBRES KARENTH JEANNETH JUNCO

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	230201	1300000	1300000	1300000	0	162500	0	208000	0	6800	0

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

Ciudad: Bogotá D.C **Mes: ABRIL** **Día: 30** **Año: 2024**

CUENTA DE COBRO No. 3

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2024-DIMF KENNEDY-CON013

NOMBRE: MAYERLY ANDREA GOMEZ SUAREZ
CEDULA: 1.030.555.808
CUENTA BANCARIA: 212113476 **BANCO:** BOGOTA **AHORRO _X_ CORRIENTE ___**
LA SUMA DE: ($2.211.631) DOS MILLONES DOSCIENTOS ONCE MIL SEISCIENTOS TREINTA Y UN PESOS M/Cte.
PERIODO: Fase de Atención abril 2024.

CONCEPTO: Apoyo Pedagógico Perfil 1 – DIMF Kennedy Gestando Futuro Gran Britalia CTO # 11006052024, con 50 cupos.

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

Deseo vincularme al Fondo de Empleados Si __ **NO_X__** a partir de la fecha Día Mes Año en constancia:
Firmo _____

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($2.211.631) Dos millones doscientos once mil seiscientos treinta y un pesos M/Cte. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:
Emilce Rojas Aguilar.
Coordinador
C.C. 52.278.676

Aprobado por:
Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Mayerly Gomez Suarez

NOMBRE: Mayerly Andrea Gomez Suarez
C.C. 1.030.555.808
Correo: mayesita23@hotmail.es
Dirección: Cll 55 # 80 b 29 sur
Teléfono: 3204669506

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 # 11806952024

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	MAYERLY ANDREA GOMEZ
CARGO	APOYO PEDAGOGICO UDS
PERIODO y FECHA	ABRIL

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	APOYO PEDAGOGICO: FECHA DE REVISION	CUMPLIO	NO CUMPLIO	OBSERVACIONES
ATENCION ABRIL	4	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales	1.1 Planeación Grupal, mínimo de dos encuentros durante el mes. (Formato ICBF), "con las cuatro planeaciones de las áreas correspondientes" 1.2 Cartilla digital (parte uno, conociendonos al 100% diligenciada) 1.3 Cartilla digital (Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada) 1.4 Cartilla digital (Diligenciamiento de la parte cuatro: movilizacion social y gestion comunitaria semana SER COMO NIÑOS)	20%	abr-24	planeaciones		
		2. Desarrollar de manera escrita, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF	2.1. Planeacion Encuentro en el hogar (1) (cargada en cada una de las cuedernos familiares) 2.2 Cronograma de Visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/0 ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente. 2.3 Cartilla digital y unicamente las hojas 3, 9 y 10 para gestantes 18.	20%	abr-24	ok		4 puerperio
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en físico como en drive (50)	3.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA 3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (participantes nuevos) 3.5 Archivo físico y digital de los documentos de los egresos generados hasta el momento.	10%	abr-24	ok		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, grips, o falta de algun documento	6.1 Apoyar en el seguimiento de novedades 2 por grupo de atencion	5%	abr-24	ok		
		7. Formato de ficha de caracterización de practicas y acciones f7	7.1 3 Apoyar en el diligenciamiento del archivo de excel de practicas (1 pestaña x UA) participantes nuevos	20%	abr-24	ok		
		8. Generar espacios y ambientes enriquecidos que falciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	8.1 Ambientación de especias físicos de la UDS, "Jugando ando" por la celebracion del dia del niño resaltando los juegos tradicionales, cada dupla enviar fotos y videos. 8.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 8.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación."Celebracion del dia del niño	25%	abr-24	ok		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Mayerly Gomez
NOMBRE:	MAYERLY ANDREA GOMEZ SUAREZ
C.C.	1.030.560.809

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

VoBo EMU.
Mayo 2/2024

compensar · miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **MAYERLY ANDREA GOMEZ SUAREZ**, identificada con **CC** número **1030555808**, aportó por el empleado **MAYERLY ANDREA GOMEZ SUAREZ**, identificado(a) con **CC** número **1030555808** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **I** número **75451735** para el periodo de salud **2024-03** y pensiones **2024-03** de la siguiente forma.

Riesgos Laborales	14-1?	ARL SURA	890903790	57	0	X														0		30	$1.300.000	0,00522			$6.800	$0	$0	Marzo - 2024	75451735	08/04/2024	N
Salud	EPS008	Compensar EPS	860066942	57	0	X														0		30	$1.300.000	0,12500			$162.500	$0	$0	Marzo - 2024	75451735	08/04/2024	N
Pensiones	23020?	Protección (ING + Protección)	800229739	57	0	X														2		30	$1.300.000	0,16000			$208.000	$0	$0	Marzo - 2024	75451735	08/04/2024	N

El presente certificado se expide a los 10 días del mes Abril de 2024

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

Powered by CamScanner

TRANSACCION EXITOSA

Fecha	06/04/2024
Hora	11:16:59
Terminal	313187
Convenio	PILA PLANILLA ASISTIDA COMPENSAR MI PLANILLA
Cod. Convenio	0344
Referencia	8375451735
Valor	$378,500
Transacción	000872297279
Usuario	GINNETH ANDREA SALAZAR CASTELLANO

Línea de atención personalizada en Bogotá:
3487681 Resto del País: 01 8000 960 505

Aquí también puede pagar su tarjeta de crédito y créditos de consumo del Banco Scotiabank Colpatria

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Powered by CamScanner

Ciudad: BOGOTA D.C **Mes: ABRIL** **Día: 30** **Año: 2024**

CUENTA DE COBRO No. 03

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2024-DIMF TRIUNFADORAS-CON005

NOMBRE: NOHORA ROSALBA ROJAS MEDINA
CEDULA: 51.814.455
CUENTA BANCARIA: 274265172 **BANCO: BOGOTA AHORRO _X_ CORRIENTE ___**
LA SUMA DE: ($2.211.631) DOS MILLONES DOSCIENTOS ONCE MIL SEISCIENTOS TREINTA Y UN PESO PESOS M/CTE.
PERIODO: Fase Atención Abril 2024

CONCEPTO: Apoyo Pedagógico DIMF Kennedy Gestando Futuro Triunfadores del Contrato N. 11006052024. Con 50 cupos

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

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

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($2.211.631) Dos millones doscientos once mil seiscientos treinta y un pesos M/CTE. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Emilce Rojas Aguilar
Coordinadora
C.C 52.278.676

Aprobado por:

Ana Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Nohora Rojas.

NOMBRE: Nohora Rosalba Rojas Medina
C.C. 51.814.455
Correo: nohorarosalbarojasmedina@hotmail.com
Dirección: Carrera 81g #14b-18
Teléfono: 320-4878184

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 # 1100/605/2024

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO TRIUNFADORAS
NOMBRE	Nohora Rojas
CARGO	APOYO PEDAGOGICO UDS
PERIODO y FECHA	ABRIL

					APOYO PEDAGOGIO :			
FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION ABRIL	4	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales	1.1 Planeación Grupal, mínimo de dos encuentros,durante el mes (Formato ICBF). "con las cuatro planeaciones de las áreas corespondientes" 1.2 Cartilla digital (parte uno: conociendonos al 100% diligenciada) 1.3 Cartilla digital (Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada) 1.4 Cartilla digital (Diligenciamiento de la parte cuatro: movilizacion social y gestion comunitaria semana SER COMO NIÑOS).	20%	25-04-2024	OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF	2.1. Planeacion Encuentro en el hogar (1) (cargada en cada uno de los cuadernos familiares) 2.2 Cronograma de Visitas, con las respectias Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/0 ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente. 2.3 Cartilla digital y unicamente las hojas 3, 9 y 10 para gestantes 18.	20%	25-04-2024	OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en fisico como en drive (50)	3.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA 3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (participantes nuevos) 3.5 Archivo fisico y digital de los documentos de los egresos generados hasta el momento.	10%	25-04-2024	OK		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento	6.1 Apoyar en el seguimiento de novedades 2 por grupo de atencion	5%	25-04-2024	OK		
		7. Formato de ficha de caracterización de practicas y acciones f7	7.1 3 Apoyar en el diligenciamiento del archivo de excel de practicas (1 pestaña x UA) participantes nuevos	20%	25-04-2024	OK		
		8. Generar espacios y ambientes enriquecidos que feliciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	8.1 Ambietación de espacios fisicos de la UDS, "Jugando ando" por la celebracion del dia del niño resaltando los juegos tradicionales, cada dupla enviar fotos y videos. 8.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 8.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación."Celebracion del dia del niño	25%	25-04-2024	OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Nohora Rojas
NOMBRE:	Nohora Rojas
C.C.	51'844455

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Margarita Bautista
C.C.	52356915

VoBo ANU.
Mayo 3/2024.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 51814455	1	ROJAS MEDINA NOHORA ROSALBA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 81g 14b 18	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3204878184	NO

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-03	5668851579	94655264190	I	2024/04/11	2024/04/10	NEQUI	0	$377,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS			PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0
1	CC 51814455	ROJAS NOHORA	25-14	30	$1,300,000	$208,000	EPS009	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-11	30	$1,300,000	$6,800	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 51814455		ROJAS MEDINA NOHORA ROSALBA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 81g 14b 18	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3204878184	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2024-03	2024-03	566651529	9465526490	I	2024/04/11	2024/04/10	NEQUI	0	$377,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$0	$0	$208,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$208,000	$0	$0	$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,800	$0	$0	$6,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$6,800	$0	$0	$6,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				1	$377,300	$0	$0	$377,300

Nequi

Resumen de pago

Descripción de compra
Pago de la Planilla de aportes con clave\
9465526490

Estado de la solicitud
Transacción aprobada

Tienda
APORTES EN LINEA

Fecha de solicitud
10 de abril de 2024

CUS
566851529

Referencia Nequi
M1253076

¿Cuánto?
$ 377.300,00

Valor de los impuestos
$ 0,00

Número de referencia 1
186.102.109.226

Ciudad: BOGOTA D.C **Mes:ABRIL** **Día: 30** **Año: 2024**

CUENTA DE COBRO No. 03

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2024-DIMF KENNEDY-CON015

NOMBRE: NICOL ALEJANDRA BARRERO VASQUEZ
CEDULA: 1.233.489.641
CUENTA BANCARIA: 060375284 **BANCO: BOGOTA AHORRO _X_ CORRIENTE ___**
LA SUMA DE: ($2.211.631) DOS MILLONES DOSCIENTOS ONCE MIL SEISCIENTOS TREINTA Y UN PESOS M/CTE.
PERIODO: Fase Atención Abril 2024

CONCEPTO: Apoyo Pedagógico DIMF Kennedy Gestando Futuro Gran Britalia CTO #. 11006052024. Con 50 cupos

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

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

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($2.211.631) Dos millones doscientos once mil seiscientos treinta y un pesos M/CTE. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Emilce Rojas Aguilar
Coordinadora
C.C 52.278.676

Aprobado por:

Ana Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Nicol Barrero

NOMBRE: NICOL ALEJANDRA BARRERO VASQUEZ
C.C. 1.233.489.641
Correo: barrerovasqueznicolalejandra@gmail.com
Dirección: Calle 2 # 89 d 37
Teléfono: 3135381440

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 # LI0000524424

PROGRAMA	EAMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	NICOL BARRERO VASQUEZ
CARGO	APOYO PEDAGOGICO UDS
PERIODO y FECHA	ABRIL

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	PUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	APOYO PEDAGOGICO: FECHA DE REVISION	CUMPLIO	NO CUMPLIO	OBSERVACIONES
ATENCION ABRIL	4	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales	1.1 Planeación Grupal, mínimo de dos encuentros,durante el mes (Formato ICBF), "con las cuatro planeaciones de las áreas correspondientes" 1.2 Cartilla digital (parte Unc. conociendonos al 100% diligenciada) 1.3 Cartilla digital (Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada) 1.4 Cartilla digital (Diligenciamiento de la parte cuatro; movilizacion social y gestion comunitaria semana SER COMO NIÑOS)	20%	abr-24	4 planeaciones		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF	2.1. Planeacion Encuentro en el hogar (1) (cargada en cada uno de los cuadernos familiares) 2.2 Cronograma de visitas, con las respectivas Firmas – que evidencie el Desarrollo de los 50 y/0 ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente. 2.3 Cartilla digital y unicamente las hojas 3, 9 y 10 para gestantes 18.	20%	abr-24	49 visitas semales		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en físico como en drive (50)	3.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA 3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (participantes nuevos) 3.5 Archivo físico y digital de los documentos de los egresos generados hasta el momento.	10%	abr-24	ok		
		5. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento	5.1 Apoyar en el seguimiento de novedades 2 por grupo de atencion	5%	abr-24	ok		
		7. Formato de ficha de caracterización de practicas y acciones f7	7.1 3 Apoyar en el diligenciamiento del archivo de excel de practicas (1 pestaña x UA) participantes nuevos	20%	abr-24	ok		
		8. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faciliten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	8.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS. "Jugando ando" por la celebracion del dia del niño resaltando los juegos tradicionales, cada dupla enviar fotos y videos. 8.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 8.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación."Celebración del dia del niño	25%	abr-24	ok		
		TOTAL		100%				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	NICOL BARRERO VASQUEZ
C.C.	1.233.489.841

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	EMILCE ROJAS AGUILAR
C.C.	52278575

VBO EAMU
04/02/2024

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1233489641		BARRERO VASQUEZ NICOL ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 2 # 89 B 37	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-03	588240544	9465235676	1	2024/04/09	2024/04/22	NEQUI	13	$407,800

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)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$26,000			$1,300,000	$6,800		$0	$0
Centro de Trabajo: **PRINCIPAL** (1 Afiliados)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$26,000			$1,300,000	$6,800		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$26,000			$1,300,000	$6,800		$0	$0
1	CC	1233489641	BARRERO NICOL	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS008	30	$1,300,000	$162,500	CCF24	30	$1,300,000	$26,000	14-11	30	$1,300,000	$6,800	30	$0	$0
Total			**Afiliados(1)**			$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$26,000			$1,300,000	$6,800		$0	$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1233489641		BARRERO VASQUEZ NICOL ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 2 # 89 B 37	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-03	588240544	9465235676	I	2024/04/09	2024/04/22	NEQUI	13	$407,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$2,300	$0	$210,300
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$208,000	$2,300	$0	$210,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,800	$100	$0	$6,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$6,800	$100	$0	$6,900
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$26,000	$300	$0	$26,300
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$26,000	$300	$0	$26,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$1,800	$0	$164,300
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$162,500	$1,800	$0	$164,300
TOTAL				1	$403,300	$4,500	$0	$407,800

Detalle del movimiento

Pago realizado

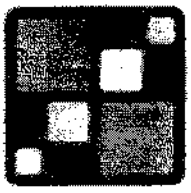
Pago en
Aportes En Linea

¿Cuánto?
$ 407.800,00

Fecha
20 de abril de 2024 a las 11:14 a. m.

Referencia
M2479854

¿De dónde salió la plata?



Disponible
$ 407.800,00

Ciudad: Bogotá D.C **Mes: ABRIL** **Día: 30** **Año: 2024**

CUENTA DE COBRO No. 3

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2024-DIMF KENNEDY-CON012

NOMBRE: SOONER SUSANA CHAVES RODRIGEZ
CEDULA: 52.847.653
CUENTA BANCARIA: 212220032 **BANCO:** BOGOTA **AHORRO _X_ CORRIENTE ___**
LA SUMA DE: ($2.211.631) DOS MILLONES DOSCIENTOS ONCE MIL SEISCIENTOS TREINTA Y UN PESOS M/Cte.
PERIODO: Fase de Atención abril 2024.

CONCEPTO: Apoyo Pedagógico – DIMF Kennedy Gestando Futuro Gran Britalia CTO # 11006052024, con 50 cupos.

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

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

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($2.211.631) Dos millones doscientos once mil seiscientos treinta y un pesos M/Cte. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:
Emilce Rojas Aguilar.
Coordinador
C.C. 52.278.676

Aprobado por:
Ana Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

SOONER CHAVES.
NOMBRE: Sooner Susana Chaves Rodriguez
C.C. 52.847.653
Correo: soonerchaves@hotmail.com
Dirección: Carrera 79 f # 46 – 16 sur
Teléfono: 320 8053272

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 # 13008052024

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	SOONER CHAVES
CARGO	APOYO PEDAGOGICO UDS
PERIODO y FECHA	ABRIL

					APOYO PEDAGOGICO :		
FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLIO	NO CUMPLIO	OBSERVACIONES
ATENCION ABRIL	4	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales	1.1 Planeación Grupal, mínimo de dos encuentros,durante el mes (Formato ICBF), "con las cuatro planeaciones de las áreas correspondientes" 1.2 Cartilla digital (parte uno: conociendonos al 100% diligenciada) 1.3 Cartilla digital (Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada) 1.4 Cartilla digital (Diligenciamiento de la parte cuatro: movilizacion social y gestion comunitaria semana SER COMO NIÑOS)	20%	abr-24			
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF	2.1. Planeacion Encuentro en el hogar (1) (cargada en cada uno de los cuadernos familiares) 2.2 Cronograma de Visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/0____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente 2.3 Cartilla digital y unicamente las hojas 3, 9 y 10 para gestantes 1B.	20%	abr-24			
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en físico como en drive (50)	3.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA 3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (participantes nuevos) 3.5 Archivo físico y digital de los documentos de los egresos generados hasta el momento.	10%	abr-24			
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, grupa, o falta de algun documento	6.1 Apoyar en el seguimiento de novedades 2 por grupo de atencion	5%	abr-24			
		7. Formato de ficha de caracterización de practicas y acciones (7	7.1 3 Apoyar en el diligenciamiento del archivo de excel de practicas (1 pestaña x UA) participantes nuevos	20%	abr-24			
		8. Generar espacios y ambientes enriquecidos que falciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	8.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS, "Jugando ando" por la celebracion del dia del niño resaltando los juegos tradicionales, cada duplo enviar fotos y videos. 8.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 8.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación."Celebracion del dia del niño	25%	abr-24			
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	SOONER CHAVES
NOMBRE:	SOONER CHAVES
C.C.	52.847.853

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

VBOEANU
Mayo2/2024

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52847653-0	SOONER SUSANA CHAVES RODRIGUEZ	CRA 79 F 46 15 SUR BLOQUE 3	3208053272	soonerchaves@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-03	2024-03	I	01/04/2024	751616112	$377,300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	162,500	0		0		0	0	0	0	162,500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	208,000	0	0	0	0	0	0		208,100	

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	800256161-0	6,800				6,800	0	0	6,800			68	6,800	

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 INT, LMA, TRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162,500	162,500
Pensión	1	208,800	208,000
Riesgos Laborales	1	6,800	6,800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	377,300	377,300

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO P/.GO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52847653-0	SOONER SUSANA CHAVES RODRIGUEZ		CRA 79 F 46 16 SUR BLOQUE 3 CASA[illegible]	3208053272	sonnerchaves@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I -- Independiente			BOGOTÁ, D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-03	2024-03	I	01/04/2024	761616-12	$377.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Extranj.	Actividad	Pensionado	Cotiza solidaridad	Estudiante	VSP	IGE	LMA	VAC	SLN	IRL	VST	SUS	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VCT	AVP	VTE	Cód. AFP	ING AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	ING EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	ING ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	ING CCF	Aporte CCF	TRS otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	52847653	CHAVES RODRIGUEZ SOONER SUSANA	67	0		N	X																		15-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS037	1.300.000	153.500	14-11	1.300.000	I	0.600		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

Pagos PSE
Pago exitoso

"Su transacción ha sido exitosa."
Pagado desde: Cuenta de ahorros
**********0032
Número de autorización: 729202
Pagado a: COMPENSAR-OI
Número de Factura: 76161642

Sábado, 06 de Abril de 2024, 9:57 AM

Descargar el comprobante

Detalle

$377,300.00
Valor a pagar

Valor impuesto	$0.00
Código único de seguimiento	559320974
Descripción pago	MiPlanilla con Pago Proteccion Social
Nit del Comercio	9009860569427
Dirección IP	186.226.58.193
Referencia 1	191.95.170.230
Referencia 2	CC
Referencia 3	5284 1853

Ciudad: Bogotá D.C Mes: ABRIL Día: 30 Año: 2024

CUENTA DE COBRO No. 3

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2024-DIMF KENNEDY-CON002

NOMBRE: ANGIE DANIELA QUIÑONES HERNANDEZ
CEDULA: 1.001.340.480
CUENTA BANCARIA: 046326971 **BANCO:** BOGOTA **AHORRO _X_ CORRIENTE ___**
LA SUMA DE: ($2.211.631) DOS MILLONES DOSCIENTOS ONCE MIL SEISCIENTOS TREINTA Y UN PESOS M/Cte.
PERIODO: Fase de Atención abril 2024.

CONCEPTO: Auxiliar administrativo – DIMF Kennedy Gestando Futuro Gran Britalia CTO # 11006052024, con 300 cupos.

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

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI___NO_X___a partir de la fecha Día Mes Año en constancia:
Firmo _____

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($2.211.631) Dos millones doscientos once mil seiscientos treinta y un pesos M/Cte. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:
Emilce Rojas Aguilar.
Coordinador
C.C. 52.278.676

Aprobado por:
Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Angie Quiñones
NOMBRE: Angie Daniela Quiñones Hernández
C.C. 1.001.340.480
Correo: angiequinones223@gmail.com
Dirección: Carrera 103 # 75 – 55 sur
Teléfono: 321-3603281

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.

ANGIE

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO POR CARGO
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
CTO # 11006052024

PROGRAMA	CIMF GESTANDO FUTURO BERNEDY
NOMBRE	ANGIE DANIELA QUIÑONES
CARGO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO
PERIODO y FECHA	ABRIL

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
		1. Apoyar la organización documental del Talento Humano.	1.2. Verificación de Polizas, Talento Humano Nuevo. 1.3. Verificación de afiliación de Seguridad Social, Talento Humano Nuevo	5%	abr-24	OK		
		2. Manejo, registro e informe de plataforma CUENTAME Nota aclaratoria: No se puede egresar participantes sin la toma de talla y peso.	2.1. Cargue de Participantes Nuevos 20 de la UDS delegada 2.2 Cargue de Talento Humano Nuevo 6 de la UDS delegada. 2.3. Cargue de las formaciones de los participantes, 100% participantes 2.4 Cargue de formatos de la atención (RAM)	25%	abr-24	OK 20 INGRESOS		
		3. Sistematización de la información relacionada con los participantes.	3.1. Directorio de los participantes actualizado de la UDS delegada, Mes de Abril 3.2. Actualización de formatos RAM, Refrigerios, Bioseguridad y entregado de RPP	10%	abr-24	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, ch el marco de los componentes) 4.2. Carpetas de los participantes vinculados a la UDS 300 Participantes.	5%	abr-24	OK		
		5. Construcción de la nómina recepción y verificación de la documentación para formalización.	5.1. Formato en nómina en excell. 5.2. Check list de ajustes por cargo (100% de los soportes relacionados) de la UDS asignada.	10%	abr-24	OK		
		6. Organización de formatos y material requerido para la operación del programa.	6.1. Seguimiento, solicitud de Copias 6.2. Formato de solicitud de materiales didactico y de consumo. 6.3. Formato de solicitud de aseo 6.4. Kardex de ingresos a la bodega y egreso, (Materiales y Dotación)	10%	abr-24	OK		
		7. Solicitud de Refrigerios. Semanal	7.1. Kardex de ingresos y egresos de pedidos de refrigerios 7.2 Consolidado del mes 7.3 Diligenciamiento en el drive de la solicitud de pedidos de refrigerios semanal (febrero de cada semana)	15%	abr-24	OK		
		8. Custodia y control de los equipos de computo e impresión.	8.1.Relación de fotocopiado e impresiones	5%	abr-24	OK		
		9. Inventarios 2024	9.1. Inventario APC	5%	abr-24	N/A		
		10. Organización y relación de servicios públicos.	10.1 Formato de relación servicios públicos. 10. 2 Organización AZ con los servicios correspondientes a la UDS.	5%	abr-24	OK		
		11. Organización y relación de servicios públicos.	11.1 PS CONTRACTUAL parte .4 obligaciones contractuales asignado y	5%	abr-24	OK		

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	ANGIE QUIÑONES
C.C.	1.001.340.480

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	EMILCE ROJAS AGUILAR
C.C.	52228676

VB BERNU
Mayo 2/2024

SuAporte | Prefactura

enlace operativo

Fecha creación reporte: 2024-04-06, 06:52:59 PM Tipo Planilla: I PLANILLA INDEPENDIENTES Número Planilla: 69290450

Periodo Cotización: marzo de 2024 Periodo Servicio: marzo de 2024

Fecha límite de pago: 2024-04-17

GUARDADA 02/03/2024

DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANGIE DANIELA QUIÑONES HERNANDEZ				
Documento	CC1001340480	Dirección	CR 103 #75 - 55		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3213603281		
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO	Total Afiliados	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		Identificación			

I. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																	Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	IBC	Ing	Ret	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Cor	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	Avp	VCT	Irp	Días IRP	Días APO	Días COT	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 Minhacienda	Total
1001340480	QUIÑONES HERNANDEZ ANGIE DANIELA	59	03	X																	30	30	30	PROTECCION	$ 1.300.000	$ 208.000	EPS SURA	$ 1.300.000	$ 162.500	ARL SURA	$ 1.300.000	$ 6.890	NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 377.390

II. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes FSP	Aportes FSS	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	Incapacidades, Licencias, Salios	Incapacidades ARP	SUBTOTAL Sin INTERESES DE	TOTAL INTERESES	TOTAL FINAL
$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 0	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 6.890	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 377.390	$ 0	$ 377.390

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

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

EXPERTOS en PILA

Resumen de pago

Descripción de compra
Pago de Seguridad Social

Estado de la solicitud
Transacción aprobada

Tienda
ENLACE OPERATIVO S.A.

Fecha de solicitud
9 de abril de 2024

CUS
565478165

Referencia Nequi
M4844524

¿Cuánto?
$ 377.300,00

Valor de los impuestos
$ 0,00

Número de referencia 1
10.0.19.58

Número de referencia 2
CC

Número de referencia 3
1001340480

Factura de comercio
69290450

Tu plata salió de:

 Disponible

Ciudad: BOGOTA D.C Mes: ABRIL Día: 30 Año: 2024

CUENTA DE COBRO No. 03

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2024-DIMFPERIODISTAS-CON001

NOMBRE: YOLIMA GUZMAN FAJARDO
CEDULA: 40.443.431
CUENTA BANCARIA: 542308754 BANCO: BOGOTA AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: ($3.571.200) TRES MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y UN MIL DOSCIENTOS PESOS M/Cte.
PERIODO: Fase Atención Abril 2024

CONCEPTO: Coordinadora DIMF Kennedy Gestando Futuro Periodistas del Contrato N. 11006052024. Con 300 cupos

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

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

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: **($3.571.200)** Tres millones quinientos setenta 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:

Eliana Andrea Moreno Vargas
Coordinadora
C.C. 52.357.450

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: Yolima Guzman Fajardo
C.C. 40.443.431
DR. Transversal 68 g #36 – 43 sur
Tel. 3212323807
Correo. yoliguzmanfaja35@outlook.es

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

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO POR CARGO
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
CTO # 1100605Z024

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	Yolma Guzman F
CARGO	COORDINADOR
PERIODO y FECHA	ABRIL

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
		1. Informe Técnico, que de cuenta de la ejecución de cada uno de los componentes en el primer mes de Atención	1.1 Formato f8 contractual según parte correspondiente a cada coordinacion 1.2 Organización Drive x Unidad con los estandares del Contractual y cargar los soportes Existentes. 1.3 Formato f8 Acciones	20%	30-04-2024	1.1 ok 1.2 ok 1.3 ok		
		2. Velar por mantener el f8 y tener al dia el archivo de los mismos	2.1. Matriz de Talento Humano Actualizada - Con Egresos e ingresos ocurridos en el mes	5%	30-04-24	2.1 ok		
		3. Organizar, Monitorear e informar las especificaciones de la cobertura y población a atender	3.1 Formato Certificación de Cobertura 3.2 Formato población Migrante . 3.3 Formato Desplazados	10%	30-04-24	3.1 ok 3.2 ok 3.3 ok		
		4. Novedades de Ingresos y egresos Durante el mes de Abril	4.1 Formato de Novedades de la UDS, _____ Casos, junto con sus soportes 4.2 Formato de póliza al dia y triangulado con las novedades del mes.	5%	30-04-24	4.1 ok 4.2 ok		
	2	5. Monitorear el cumplimiento Cuentame al 100% Mensual **Nota aclaratoria:** No se puede egresar participantes de Abril sin la toma de talla y peso.	5.1. Cargue de :Participantes Nuevos _____de la UDS delegada 100% 5.2. Cargue del 100%Nutricional, participantes Nuevos 5.3 Actualización de Talento Humano Nuevo 5.5. Cargue de Formación al 100%. (4 formaciones por persona)	5%	30-04-24	5.1 ok 5.2 ok 5.3 ok 5.5 ok		
		6. Organizar, Monitorear y acompañar: * Entrega de RFPP * Entrega de Refrigerios	6.1 Formatos RPP - 18 Listados en total_ 3 por profe (Traer los fisicos para verificar _ organizados en una AZ legajados por unidad) 6.2 Formatos de Refrigerio - 72 listados en total _12 por profe (Traer los fisicos para verificar_organizados en una AZ legajados por unidad)	15%	30-04-24	6.1 ok 6.2 ok		
		7. Liderar, Monitorear y acompañar: * Encuentro Grupales a las Familias * Visitas en el Hogar a las Familias	7.1 Formatos RAM. 18 Listados en total_ 3 por profe (Traer los fisicos para verificar organizados en una AZ legajados por unidad)	15%	30-04-24	7.1 ok		
		8. Construcción de la nómina recepcion y verificación de la documentación para formalización.	8.1. Formato de nómina en excel 8.2. Check list de nómina por cargo (100% de los soportes relacionados) de la UDS asignada. 8.3. Certificación de cumplimiento. de las Personas del equipo. (Verificación Técnica y pedagógica)	10%	30-04-24	8.1 ok 8.2 ok 8.3 ok		
		9.Monitorear y acompañar el proceso de Inventarios 2024	9.1 Realizar la consolidación del inventario 9.2 Inventario de equipos Audiovisuales y Elementos entregados por APC	6%	30-04-24	9.1 ok 9.2 ok		
		10. Acta Reflexión pedagogica	10.1 Planeacion 10.2 Acta 10.3 Registro fotografico	5%	30-04-24	10.1 ok 10.2 ok 10.3 ok		
		11. Avances SIGE	11.1 Organización Carpetas fisicas y digitales por unidad 11.2 Incluir los doc de avances de acuerdo a los estandares	5%	30-04-24	11.1 ok 11.2 ok		
				TOTAL 100%				

FIRMA CONTRATISTA	Yolma Guzman
NOMBRE:	Yolma Guzman
C.C.	40.443.463

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Etanza Nuñez
C.C.	52357452

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE

TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	40443431	YOLIMA GUZMAN FAJARDO	transversal 69g# 36-43 sur	9332310	yoliguzmanfaja35@outlook.es	
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	
UNICA	I – Independiente			BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA

PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	**PERIODO PENSIONES**				**TOTAL A PAGAR**	
2024-04	2024-04	I	26/04/2024	76991407	$414.700	

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	178.600	0		0		0	0	0	0	178.600	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING - Proteccion)	800144339-0	228.600	0	0		0	0	0		228.600	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	[illegible]	[illegible]				7.500			7.500			75	7.500	

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, Mic y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.600	178.600
Pensión	1	228.600	228.600
Riesgos Laborales	1	7.500	7.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	414.700	414.700

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	40443431	YOLIMA GUZMAN FAJARDO		transversal 68g# 36-43 sur	5332310	yofiguzmanfaja35@outlook.es	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ, 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	UPO
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-04	2024-04	I	26/04/2024	76591407	$414,700	

DETALLE POR COTIZANTE

No.	Tipo	No. Identificación	Apellidos y Nombres	Extranjero	Colombiano en el exterior	Residente	Cotizante exterior	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	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	40443431	GUZMAN FAJARDO YOLIMA	57	0			N																230201	1.428.480	228.500	0	0	0	0	EPS008	1.428.480	178.500	14-11	1.428.480	1	7.500		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 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
26 abril 2024 1:57 pm

DIRECCIÓN IP: 186.29.23.126

NÚMERO DE TRANSACCIÓN
APII4117321136823966

NÚMERO DE CONFIRMACIÓN
39665CRJ

NOMBRE DEL COMERCIO	COMPENSAR-OI
NIT DEL COMERCIO	999800669427
CÓDIGO DEL SERVICIO	99000
VALOR DE LA TRANSACCIÓN	$414.700,00
VALOR DEL IMPUESTO	$0,00
REFERENCIA DE PAGO	76591407
FECHA DE LA SOLICITUD	26 abril 2024
REFERENCIA 1	186.29.23.126
REFERENCIA 2	CC
REFERENCIA 3	40443431
CÓDIGO DE LA TRANSACCIÓN (CUS)	599746550
CICLO DE LA TRANSACCIÓN	4
DESCRIPCIÓN DEL PAGO	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
CUENTA ORIGEN	Cuentamiga *******3966

Fecha de diligenciamiento Día 06 Mes 05 Año ~~2023~~ 2024

Fecha de Terminación de Contrato Día 30 Mes 04 Año ~~2023~~ 2024

1. INSTRUCCIONES

Formalizar la entrega del puesto de trabajo por desvinculación definitiva o reubicación del contratista mediante el diligenciamiento del presente Acta de Entrega de Puesto de Trabajo. Solicitamos diligenciar completamente la presente Acta en compañía de su superior inmediato. En ella debe relacionar los asuntos de su competencia y el estado de cada uno de ellos.

Dentro de la Entrega del Puesto de Trabajo queda establecido:

1. Los Contratistas deben entregar toda la información electrónica y en físico relacionada con el ejercicio de las funciones.
2. Los contratistas deben legalizar la entrega y recepción de activos fijos.
3. Ningún contratista se llevará los equipos de cómputo de una dependencia a otra. Debe hacer entrega del equipo de cómputo. Esto incluye los equipos portátiles.
4. El acta de entrega del puesto de trabajo debe tener el visto bueno del Coordinador responsable del programa al que pertenece, según el caso.

Nota: la entrega del puesto de trabajo será un requisito para obtener el Paz y Salvo.

2. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA QUE ENTREGA

NOMBRE: Yolima Guzman Fajardo CEDULA: 40443431 CARGO: Coordinadora
NOMBRE SUPERIOR INMEDIATO: Eliana Moreno Vargas
DEPENDENCIA/PROGRAMA: DIMF
SEDE: Gestando Futuro Periodistas

3. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA QUE RECIBE

NOMBRE: Eliana Moreno Vargas CARGO: Coordinadora
NOMBRE SUPERIOR INMEDIATO: Eliana Moreno Vargas
DEPENDENCIA/PROGRAMA: DIMF
SEDE: Gestando futuro Periodistas

4. DESCRIPCIÓN DE LA ENTREGA

1. Detalle los asuntos pendientes de tramitar que sean de su directa competencia y responsabilidad. Anexe listado en caso de que este espacio no sea suficiente.

Ninguno

2. Relacione las carpetas o expedientes que integran el archivo físico que debe entregar, así como la información contenida en medios magnéticos o electrónica

Fisico: AZ de Bienestarina con todo lo del informe, formatos de bienestarina entrega a participantes, entregada a la coordinadora Emilce Rojas, carpetas físicas de RAM, Refrigerios y RPP, de los meses febrero, marzo y abril: Drive febrero, marzo y abril:caracterización, Cobertura, cronogramas, solicitud de refrigerios, póliza, solicitud de materiales, Solicitudes adicionales del ICBF, Informes: certificado de cobertura, cuadros de reporte, actividades realizadas, calificación al talento humano, formación a familias, relación de refrigerios, reporte de Ram, F8 acciones, F contractual, obligaciones específicas con todos sus componentes, obligaciones generales, Ram y reporte de ingresos.

3. Relacione y entregue los procesos o proyectos bajo su responsabilidad y el estado de estos.

PROYECTO O PROCESO	ESTADO
No aplica	No aplica
Se entrega Drive con Información del componente Pedagógico, Psicosocial, Nutricion, Administrativo y talento Humano	

Relacione el inventario de activos que entrega

NOMBRE ACTIVO/EQUIPOS	ESTADO
Chaleco	Ok
Carné	Ok
Llaves con administrativa Adriana Rocha y los activos de la UDS de Periodistas (Acta de	OK

entrega inventarios) correo: coordinacionapcperiodistas@gmail.com contraseña: Yolimagf09	

En caso de manejar dinero o valores relacione la cantidad a entregar:

4. OBSERVACIONES

El 19 de abril la Dirección de la Asociación me realiza un préstamo por valor 2.500.000, se acuerda con la señora Ana Rocio devolverlo a una cuenta, la cual estoy a la espera para realizar la devolución.

5. FIRMAS

La presente Acta se firma en dos (2) ejemplares, a los 23 días del mes de Mayo del año 2023, por las personas que en ella intervinieron.

Contratista que entrega **Contratista que recibe** **Superior Inmediato de quien entrega**

Profesionales De Colombia

CONTRATO _____
ACTA No __2024
FOLIOS

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ

ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA

NIT 830.107.985-1

ACTA DE REUNIÓN No. ____/2024			
Hora:	12:30 AM.	**Fecha:**	6 de Mayo 2024.
Dependencia que Convoca:	Coordinación General		
Proceso:	Entrega de Bienestarina y Drive Periodistas		
Objetivo:			

La Coordinadora Yolima Guzman Tejada hace entrega a la Coordinadora Emilce Rojas Aguilar el drive y Bienestarina de la UDS Periodistas y punto de Bienestarina

Carpeta Bienestarina:
Acta Recepcion: Abril- mayo -Junio
1. Control de inventarios
325 unidades vainilla
475 natural
3. Acta visita interventoria. 12 Abril
4. control unidades ejecutoras Abril
5. Formato entrega usuarios Abril.

Drive:
1. Se verifico el drive DINF COORDINACION 2024. AAUN.
informe drive.
Acta. Abril- Mayo -Junio / Acta Recepcion / Control inventarios
Saldo de Bienestarina. Unidades ejecutoras,
Entrega usuarios

OK Informacion!

CONTRATO N°	
FOLIOS	

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ No. ____/2024

Hora:	5:30 pm	**Fecha:**	5:30 pm Abril 30 /2024
Dependencia que Convoca:	Coordinación proyectos - Coordinación Talento Humano		
Proceso:			
Objetivo:			

DESARROLLO:

Reconocer el valor y crecimiento de Yolima, informar que se considera que no logro cumplir los objetivos que se habían dado al 03 de Abril, se resalta que el rol de Eliana es de orientación y acompañamiento, se evidencia falta de priorización y agilidad de tareas, el manejo del equipo con autoridad y con toma de decisiones y sus implicaciones, El asumir los informes y comités tiene una carga que se considera oportuno darle otra salida. Se ha tomado la decisión de que Yolima no continúe como coordinadora, dando espacio a que podamos dar continuidad con los procesos en tiempos de calidad.

Yolima considera que no esta de acuerdo con apreciaciones como su liderazgo con el equipo o con las entregas que se trata de cumplir como sea. Se hace referencia que "no se acompaño" en el territorio para saber lo que sucedía realmente.

CONTRATO N°	
FOLIOS	

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ No. ___/2024

Hora:	Abril 03/2024	**Fecha:**	
Dependencia que Convoca:	Coordinación Proyecto DIMF		
Proceso:	Seguimiento Contractual Yolima Guzman		
Objetivo:	Realizar seguimiento y recomendaciones para el rol de coordinación del DIMF - Periodistas.		

DESARROLLO:

Se da la conversación entorno a generar compromisos para fortalecer la unidad de Periodistas, se aclara que no es una situación personal, que se daran recomendaciones desde lo laboral para fortalecer el rol de coordinación, y buscar poner en práctica las observaciones que se han hecho desde la coordinación de proyectos.

Mencionamos que buscamos fortalecer los liderazgos, lograr consolidar los equipos reconociendo que ha sido un tiempo y procesos densos por la atención de dos fases en un tiempo corto.

Reconocer que en ocasiones en donde se debe ser un lider impopular, que esto se hara por el bienestar de los equipos y lograr potenciar a los mismos, eso implica en ocasiones encontraremos personas que no estaran de acuerdo, pero eso permitiran evidenciar alertar por mejorar y que no se afecten otras cosas y situaciones.

La primera recomendacion teniendo en cuenta el plan de mejora, que se retroalimento sobre lo organizacion, planeación y puntualidad.

acuerdos y tener claridades, ello genera la consolidación de equipos que permiten avanzar y alcanzar objetivos comunes, logrando así una sinergia que impacte a los participantes.

Los cambios que ha venido teniendo la organización busca facilitar, tranquilizar, acompañar y mejorar. La organización busca pensar no solo en el trabajo interno; sino además en los procesos individuales, aprendiendo del 2023 y mejorando

Es vital reconocer el crecimiento y disposición de Yolima, aún así hay que buscar opciones que nos permitan avanzar y reconocer situaciones desde el principio que luego nos puedan generar dificultades. Es necesario identificar fortalezas y debilidades del equipo para generar herramientas que lo ayuden a crecer y a dar calidad.

Finalmente cerramos con 4 compromisos que serán evaluados a final de mes como indispensables para el nuevo contrato:

1. Seguimiento de orientaciones, fortalecer su capacidad de guiar al equipo de manera efectiva.
2. Comunicación efectiva, comprender la línea que se da y de forma asertiva comunicarla en el territorio.
3. Trabajar en equipo, fortaleciendo su rol y el de sus compañeras
4. Cumplimiento de sus entregas con calidad.

Firma el acta pero no estoy de Acuerdo con lo Escrito.

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ No. ___/2024

Hora:

Nombre	Cargo/Dependencia	Entidad	Firma
Patricia Valenzuela T.	Coord. Talento Humano	APC	
Eliana Moreno V.	Coord. Grupo DIMF	APC	
Yolima Guzman F	Coordinadora Pereira	APC	

Ciudad: BOGOTA D.C **Mes: ABRIL** **Día: 30** **Año: 2024**

CUENTA DE COBRO No. 03

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2024-DIMFPERIODISTAS-CON011

NOMBRE: ANGELA LILIANA CARO PULIDO
CEDULA: 52.750.469
CUENTA BANCARIA: 060375193 BANCO: BOGOTA AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: ($2.519.800) DOS MILLONES QUINIENTOS DIECINUEVE MIL OCHOCIENTOS PESOS M/CTE.
PERIODO: Fase Atención Abril 2024

CONCEPTO: AGENTE EDUCATIVA PERFIL 1 DIMF Kennedy Gestando Futuro Periodistas del Contrato N. 11006052024. Con 50 cupos

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

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI___NO_X__ a partir de la fecha Día Mes Año en constancia:
Firmo _____

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($2.519.800) Dos millones quinientos diecinueve mil ochocientos pesos M/Cte. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Yolima Guzmán Fajardo
Coordinadora
C.C. 40.443.431

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: Angela Liliana Caro Pulido
C.C. 52.750.469
Correo: angelkarito3350@gmail.com
Dirección: carrera 78 f 0-33
Teléfono: 3183940086

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 # 1100/605/2024

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	Angela Caro
Cargo	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	ABRIL

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	3	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales	1.1 Planeación Grupal, mínimo de dos encuentros,durante el mes (Formato ICBF), "con las cuatro planeaciones de las áreas correspondientes" 1.2 Cartilla digital (parte uno: conociendonos al 100% diligenciada) 1.3 Cartilla digital (Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada) 1.4 Cartilla digital (Diligenciamiento de la parte cuatro: movilizacion social y gestion comunitaria semana SER COMO NIÑOS)	20%	29/04/24	1.1 ok 1.2 : ok 1.3 : ok 1.4 : ok		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF	2.1. Planeacion Encuentro en el hogar (1 por cada participante) (cargada en en el cuaderno digital en el drive correspondiente) 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. 2.3 Cartilla digital (parte uno: conociendonos al 100% diligenciada) 2.4 Cartilla digital (Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada)	20%	29/04/24	2.1 : OK 2.2 : ok 2.3 : OK 2.4 : ok		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en fisico como en drive (50)	3.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA 3.4 Archivo Fisico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas)	5%	29/04/24	3.1 : ok 3.2 : ok 3.3 : ok 3.4 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 Abril 4.2 Soportes de egreso 4.3 Soportes de ingreso	10%	29/04/24	4.1 : ok 4.2 : ok 4.3 ok		
		5.Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios,Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.	5.1 Formato Ram 5.2 Refrigerios 5.3 Formato RPP 5.4 Fotografias uno a uno de la entrega de RPP - en power Point 5.5 Formato de Bienestarina Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni enmendaduras	10%	29/04/24	5.1 : ok 5.2 ok 5.3 ok 5.4 ok 5.5. ok		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o por documentos faltantes	6.1 Formato de novedades 2 por grupo de atencion (se aplica)	10%	29/04/24	6.1 : ok		
		7. Formato de ficha de caracterización de practicas y acciones l7	7.1 Garantizar el adecuado diligenciamiento en el Archivo de excel de practicas (1 pestaña x UA) participantes nuevos	10%	29/04/24	7.1 : ok		
		8. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faliciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	8.1 Ambietación de espacios físicos de la UDS, "Jugando ando" por la celebracion del dia del niño resaltando los juegos tradicionales, cada dupla enviar fotos y videos. 8.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 8.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación."Celebracion del dia del niño	15%	29/04/24	8.1 : ok 8.2 : ok 8.3 . ok		
				TOTAL 100%				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	Angela Caro
C.C.	52750469

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Salma Carmen
C.C.	40443437

VoBo MMU
Mayo 2/2024

aportes en línea

Resumen General de Pago

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-03	1000002717	9464069351	I	2024/04/15	2024/04/08	BANCO DE BOGOTA	0	$377,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION			SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$1,300,000**	**$208,000**			**$1,300,000**	**$162,500**			**$0**	**$0**			**$1,300,000**	**$6,800**		**$0**	**$0**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0
1	CC 52750469	CARO ANGELA	230201	30	$1,300,000	$208,000	EPS008	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-11	30	$1,300,000	$6,800	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0

2024/04/08 06:14 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 52750469		CARO PULIDO ANGELA LILIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 78F 0 - 33	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2111111	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-03	1000002717	9464069351	I	2024/04/15	2024/04/08	BANCO DE BOGOTA	0	$377,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$0	$0	$208,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$208,000	$0	$0	$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,800	$0	$0	$6,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$6,800	$0	$0	$6,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				1	$377,300	$0	$0	$377,300

2024/04/08 06:14 AM

Planilla As Aportes En Lin9351

Fecha de pago	**06/04/24**
Resultado:	Exitoso
Canal:	Banca Movil
Valor:	$ 377.300
Costo de la transacción:	Gratis

El pago se realizó desde:

Cuenta de Ahorros

No. 060375193

Banco de Bogotá
TRANSACCIÓN DIGITAL
PAGADO

Ciudad: BOGOTA D.C Mes: ABRIL Día: 30 Año: 2024

CUENTA DE COBRO No. 03

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2024 – DIMFPERIODISTAS-CON009

NOMBRE: NATALY CARDENAS COFLES
CEDULA: 1.023.920.824
CUENTA BANCARIA: 24125976033 BANCO: CAJA SOCIAL AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: ($660.188) SEISCIENTOS SESENTA MIL CIENTO OCHENTA Y OCHO PESOS M/Cte.
PERIODO: Fase Atención Abril 2024

CONCEPTO: Agente Educativa Perfil 1 DIMF Kennedy Gestando Futuro Periodistas del Contrato N. 11006052024. Con 300 cupos

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

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

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($660.188) Seiscientos sesenta mil ciento ochenta y ocho pesos M/Cte. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Yolima Guzmán Fajardo
Coordinadora
C.C. 40.443.431

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Nataly Cardenas

NOMBRE: Nataly Cardenas Cofles
C.C. 1.023.920.824
DR. Cra 80 # 72 a 15 Tel. 3133913449 Correo. Nataly08cofles@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 # 1100/605/2024

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	Nataly Cardenas Cortes
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	ABRIL

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	3	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales	1.1 Planeación Grupal, mínimo de dos encuentros,durante el mes (Formato ICBF), "con las cuatro planeaciones de las áreas corespondientes" 1.2 Cartilla digital (parte uno: conociendonos al 100% diligenciada) 1.3 Cartilla digital (Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada) 1.4 Cartilla digital (Diligenciamiento de la parte cuatro: movilizacion social y gestion comunitaria semana SER COMO NIÑOS)	20% 5%	08/04/2024	1.1 OK 1.2 OK 1.3 OK 1.4 OK		1 Semana
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 50 minutos de formación (DIMF	2.1. Planeacion Encuentro en el hogar (1 por cada participante) (cargada en en el cuaderno digital en el drive correspondiente) 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. 2.3 Cartilla digital (parte uno: conociendonos al 100% diligenciada) 2.4 Cartilla digital (Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada)	20% 5%	08/04/2024	2.1 OK 2.2 OK 2.3 OK 2.4 OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en físico como en drive (50)	3.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA _ 3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas)	5% 2.5%	08/04/2024	3.1 OK 3.2 OK 3.3 OK 3.4 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 Abril 4.2 Soportes de egreso 4.3 Soportes de Ingreso	10% 5%	08/04/2024	4.1 OK 4.2 OK 4.3 OK		
		5.Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios,Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.	5.1 Formato Ram 5.2 Refrigerios 5.3 Formato RPP 5.4 Fotografias uno a uno de la entrega de RPP - en power Point 5.5 Formato de Bienestarina Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni enmendaduras	10% 2.5%	08/04/2024	5.1 OK 5.2 OK 5.3 OK 5.4 OK 5.5 OK		
		6. Entrega del Formato de novedades por Inasistencia, gripa, o por documentos faltantes	6.1 Formato de novedades 2 por grupo de atencion (si aplica)	10% 2.5%	08/04/2024	6.1 OK		
		7. Formato de ficha de caracterización de practicas y acciones f7	7.1 Garantizar el adecuado diligenciamiento en el Archivo de excel de practicas (1 pestaña x UA) participantes nuevos	10% 0%	8/04/2024	7.1 OK		N/A
		8. Generar espacios y ambientes enriquecidos que feliciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	8.1 Ambietación de espacios físicos de la UDS, "Jugando ando" por la celebracion del dia del niño resaltando los juegos tradicionales, cada dupla enviar fotos y videos. 8.2 Los espacios intervenidos deben conter con una intencionalidad pedagógica. 8.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación."Celebracion del dia del niño	15% 3.7%	08/04/2024	8.1 OK 8.2 OK 8.3 OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Nataly Cardenas
NOMBRE:	Nataly Cardenas
C.C.	1.023.920.824

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Yolima Guzman
C.C.	40 443.431

VoBo
Mayo 27 2024

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	NATALY CARDENAS COFLES
IDENTIFICACIÓN:	CC-1023920824
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2024-04-09
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2024-04-08
FECHA DE PAGO:	2024-04-08
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO CAJA SOCIAL BCSC
PERÍODO PENSIÓN:	2024-03
PERÍODO SALUD:	2024-03
NÚMERO PLANILLA:	29520988
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	29520988
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 500	$ 162.500	$ 163.000
231001	800227940	COLFONDOS	1	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 600	$ 208.000	$ 208.600
14-11	860903780	ARL SURA	1	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 100	$ 13.600	$ 13.700
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 1.200	$ 384.100	$ 385.300

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	08/05/2024

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
8 abril 2024 11:45 am

DIRECCIÓN IP
190.27.163.228

NÚMERO DE TRANSACCIÓN
APII4099325852582089

NÚMERO DE CONFIRMACIÓN
20892WYJ

NOMBRE DEL COMERCIO	ASOPAGOS
NIT DEL COMERCIO	9998605023278
CÓDIGO DEL SERVICIO	99000
VALOR DE LA TRANSACCIÓN	$385.300,00
VALOR DEL IMPUESTO	$0,00
REFERENCIA DE PAGO	29520988
FECHA DE LA SOLICITUD	8 abril 2024
REFERENCIA 1	10.10.11.7
REFERENCIA 2	CC
REFERENCIA 3	1023920824
CÓDIGO DE LA TRANSACCIÓN (CUS)	562515486
CICLO DE LA TRANSACCIÓN	3
DESCRIPCIÓN DEL PAGO	Pago de seguridad Social Integrado
CUENTA ORIGEN	Cuentamiga ******6033

Fecha de diligenciamiento Día 8 Mes 04 Año 2024

Fecha de Terminación de Contrato Día 8 Mes 04 Año 2024

1. INSTRUCCIONES

Formalizar la entrega del puesto de trabajo por desvinculación definitiva o reubicación del contratista mediante el diligenciamiento del presente Acta de Entrega de Puesto de Trabajo.

Solicitamos diligenciar completamente la presente Acta en compañía de su superior inmediato. En ella debe relacionar los asuntos de su competencia y el estado de cada uno de ellos.

Dentro de la Entrega del Puesto de Trabajo queda establecido:

1. Los Contratistas deben entregar toda la información electrónica y en físico relacionada con el ejercicio de las funciones.
2. Los contratistas deben legalizar la entrega y recepción de activos fijos.
3. Ningún contratista se llevará los equipos de cómputo de una dependencia a otra. Debe hacer entrega del equipo de cómputo. Esto incluye los equipos portátiles.
4. El acta de entrega del puesto de trabajo debe tener el visto bueno del Coordinador responsable del programa al que pertenece, según el caso.

Nota: la entrega del puesto de trabajo será un requisito para obtener el Paz y Salvo.

2. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA QUE ENTREGA

NOMBRE: Nataly Cárdenas Cofles CEDULA: 1.023.920.824 CARGO: Agente educativa
NOMBRE SUPERIOR INMEDIATO: Yolima Guzmán
DEPENDENCIA/PROGRAMA: DIMF
SEDE: Unidad Periodistas

3. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA QUE RECIBE

NOMBRE: Yolima Guzmán CARGO: Coordinadora
NOMBRE SUPERIOR INMEDIATO: Eliana Moreno
DEPENDENCIA/PROGRAMA: DIMF
SEDE: Unidad periodistas

4. DESCRIPCIÓN DE LA ENTREGA

1. Detalle los asuntos pendientes de tramitar que sean de su directa competencia y responsabilidad. Anexe listado en caso de que este espacio no sea suficiente.
2. Relacione las carpetas o expedientes que integran el archivo físico que debe entregar, así como la información contenida en medios magnéticos o electrónicos.
50 carpetas físicas y 50 carpetas digitales.

3. Relacione y entregue los procesos o proyectos bajo su responsabilidad y el estado de estos.

PROYECTO O PROCESO	ESTADO

4. Relacione el inventario de activos que entrega

NOMBRE ACTIVO/EQUIPOS	ESTADO
Chaleco	Bueno

5. En caso de manejar dinero o valores relacione la cantidad a entregar:

6. OBSERVACIONES

Se realiza la entrega correspondiente al cargo agente educativa.

7. FIRMAS

La presente Acta se firma en dos (2) ejemplares, a los 08 días del mes de abril del año 2024, por las personas que en ella intervinieron.

Nataly Cardenas

Contratista que entrega **Contratista que recibe** **Superior Inmediato de quien entrega**

Bogota D.C.
8 de Abril 2024

Señores
Asociación Profesorales de Colombia

Por medio de la presente, les informo que yo Nataly Cardenas Cofles, identificada con cedula de ciudadania 1.023.920.824, Renuncio al cargo que vengo desempeñando como agente educativo desde el dia 1 de marzo del 2024 hasta el dia Lunes 08 de Abril de 2024 siendo este mi ultimo dia trabajado. Esta decisión la tomo por motivos netamente Personales, agradeciendo de antemano la oportunidad y colaboración brindada durante este tiempo

Cordialmente.
Nataly Cardenas Cofles
CC. 1.023.920.824 de Bogota

Ciudad: BOGOTA D.C Mes: ABRIL Día: 30 Año: 2024

CUENTA DE COBRO No. 02

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2024-DIMF KENNEDY

NOMBRE: GREYS ALEJANDRA AMAYA LOPEZ
CEDULA: 52.979.572
CUENTA BANCARIA: 075611608 **BANCO: BOGOTA AHORRO _X_ CORRIENTE ___**
LA SUMA DE: ($2.519.800) DOS MILLONES QUINIENTOS DIECINUEVE MIL OCHOCIENTOS PESOS M/CTE.
PERIODO: Fase Atención Abril 2024

CONCEPTO: Agente Educativa Perfil 1 DIMF Kennedy Gestando Futuro Periodista del Contrato N. 11006052024. Con 50 cupos

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

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

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($2.519.800) DOS MILLONES QUINIENTOS DIECINUEVE MIL OCHOCIENTOS PESOS M/CTE. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Yolima Guzmán Fajardo
Coordinadora
C.C 40.443.431

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Alejandra Amaya Lopez

NOMBRE: Greys Alejandra Amaya López
C.C. 52.979.572
Correo: Aleamaya6754@gmail.com
Dirección: Cr 80B 6-25 TORRE 7 APT 427
Cel. 3154107140

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.

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-05-06, 04:15:00 AM | Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES | Numéro Planilla: 1062474720

Periodo Cotización: abril de 2024 | Periodo Servicio: abril de 2024 | Referencia pago (PIN): 8869649060

PAGADO 04/05/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	GREYS ALEJANDRA AMAYA LOPEZ		
Documento	CC52979572	**Dirección**	CR 80B #6 - 25 APT427 T7 TECHOII
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3154107140
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	INS	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 52979572	GREYS ALEJANDRA AMAYA LOPEZ	59	00																0	30	30	30	0	(23100) COLFONDOS	$ 1.303.440	$ 208.600	(EPS005) EPS SANITAS	$ 1.303.440	$ 163.000	0,522	$ 1.303.440	$ 6.900	(NN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 379.500

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
$ 1.303.440	$ 1.303.440	$ 1.303.440	$ 0	$ 208.600	$ 163.000	$ 6.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 378.500	$ 0	$ 378.500

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 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

Ciudad: BOGOTA D.C **Mes: ABRIL** **Día: 30** **Año: 2024**

CUENTA DE COBRO No. 03

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2024-DIMFPERIODISTAS-CON010

NOMBRE: LUZ NIDIA PEREZ VELASQUEZ
CEDULA: 52.463.180
CUENTA BANCARIA: 025402785 **BANCO: BOGOTA AHORRO _X_ CORRIENTE ___**
LA SUMA DE: ($2.519.800) DOS MILLONES QUINIENTOS DIECINUEVE MIL OCHOCIENTOS PESOS M/Cte.
PERIODO: Fase Atención Abril 2024

CONCEPTO: Agente Educativa Perfil 1 DIMF Kennedy Gestando Futuro Periodistas del Contrato N. 11006052024. Con 50 cupos

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

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

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: ($2.519.800) Dos millones quinientos diecinueve mil ochocientos pesos M/Cte. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Yolima Guzman Fajardo
Coordinadora
C.C. 40.443.431

Aprobado por:

Ana Rocio Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Nidia Pérez

NOMBRE: Luz Nidia Pérez Velásquez
C.C. 52.463.180
DR. Tras 78b 46-26 sur
Correo: nidia.perezvelasquez@gmail.com

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

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO POR CARGO
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
CTO # 1100/605/2024

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
CONTRATISTA	Nidia Perez
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	ABRIL

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	3	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales	1.1 Planeación Grupal, mínimo de dos encuentros,durante el mes (Formato ICBF), "con las cuatro planeaciones de las áreas corespondientes" 1.2 Cartilla digital (parte uno: conociendonos al 100% diligenciada) 1.3 Cartilla digital (Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada) 1.4 Cartilla digital (Diligenciamiento de la parte cuatro: movilizacion social y gestion comunitaria semana SER COMO NIÑOS)	20%	29-04	1.1 :ok 1.2 :ok 1.3 :ok 1.4 :ok		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF	2.1. Planeacion Encuentro en el hogar (1 por cada participante) (cargada en en el cuaderno digital en el drive correspondiente) 2.2 Cronograma de Visitas, con las respectivas Firmes - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/o _____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente. 2.3 Cartilla digital (parte uno: conociendonos al 100% diligenciada) 2.4 Cartilla digital (Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada)	20%	29-04	2.1 :ok 2.2 :ok 2.3 :ok 2.4 :ok		
		3. Carpetas Organizedas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en fisico como en drive (50)	3.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA _ 3.4 Archivo Fisico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpeles)	5%	29-04	3.1 :ok 3.2 :ok 3.3 :ok 3.4 :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 Abril 4.2 Soportes de egreso 4.3 Soportes de ingreso	10%	29-04	4.1 :ok 4.2 :ok 4.3 :ok		
		5 Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios,Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.	5.1 Formato Ram 5.2 Refrigerios 5.3 Formato RPP 5.4 Fotografias uno a uno de la entrega de RPP - en power Point 5.5 Formato de Bienestarina Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni enmendaduras	10%	29-04	5.1 :ok 5.2 :ok 5.3 :ok 5.4 :ok 5.5 :ok		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o por documentos faltantes	6.1 Formato de novedades 2 por grupo de atencion (si aplica)	10%	29-04	6.1 : ok		
		7. Formato de ficha de caracterización de practicas y acciones tf	7.1 Garantizar el adecuado diligenciamiento en el Archivo de excel de practicas (1 pestaña x UA) participantes nuevos	10%	29-04	7.1 : ok		
		8. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faliciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	8.1 Ambietación de espacios fisicos de la UDS, "Jugando ando" por la celebracion del dia del niño resaltando los juegos tradicionales, cada dupla enviar fotos y videos. 8.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 8.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación."Celebracion del dia del niño	15%	29-04	8.1 :ok 8.2 :ok 8.3 :ok		
			TOTAL	100%				

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

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Yolima Guzman F
C.C.	40.044.431

VoBo AMV
Mayo 2/2024

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 52463180		PEREZ VELASQUEZ LUZ NIDIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cr 78bf 46-26	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4060393	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-03	73134907	9465693409	I	2024/04/17	2024/04/17	BANCO DE OCCIDENTE	0	$377,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0
1	CC 52463180	PEREZ LUZ	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS008	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-18	30	$1,300,000	$6,800	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0

2024/04/17 09:32 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 52463180		PEREZ VELASQUEZ LUZ MIRIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cr 76d# 46-26	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4060393	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Linea	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-03	73934907	9465693409	I	2024/04/17	2024/04/17	BANCO DE OCCIDENTE	0	$377,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$0	$0	$208,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$208,000	$0	$0	$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,800	$0	$0	$6,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$6,800	$0	$0	$6,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				1	$377,300	$0	$0	$377,300

2024/04/17 09:32 AM

Banco

Punto pago

RECIBO DE PAG(

Fecha de pago: 16/04/2024 **Hora:**

Id Comercio: 16264 **No. Terr**

Id Trx: 21186300 **Id A**

Comercio: PLATIK - NAUTICA

Dirección: CR 78F 42 38 SUR

RECAUDO DE FACTURA

TRANSACCIÓN EXITOS/

Convenio: PLANILLA AS APORTES EN

Código convenio: 1506

Referencia de pago: 9465693409

Valor: $377.300,0

*****ORIGINAL*****

Corresponsal bancario para Banco de O
impresión de este tiquete implica su ac
verifique la información. Este es el único re
pago. Requerimientos 018000 514

Ciudad: BOGOTA D.C **Mes: ABRIL** **Día: 30** **Año: 2024**

CUENTA DE COBRO No. 03

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
APC2024-DIMFPERIODISTAS-CON008

NOMBRE: SHIRLEY PAOLA VANEGAS PRADA
CEDULA: 52.769.729
CUENTA BANCARIA: 060374907 BANCO: BOGOTA AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: ($ 2.519.800) DOS MILLONES QUINIENTOS DIECINUEVE MIL OCHOCIENTOS PESOS M/Cte.
PERIODO: Fase Atención Abril 2024

CONCEPTO: Agente Educativa Perfil 1 DIMF Kennedy Gestando Futuro Periodistas del Contrato N. 11006052024. Con 50 cupos

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

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

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($2.519.800) Dos millones quinientos diecinueve mil ochocientos pesos M/Cte. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Yolima Guzmán Fajardo
Coordinadora
C.C. 40.443.431

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,
Shirley Paola Vanegas Prada
NOMBRE: Shirley Paola Vanegas Prada
C.C. 52.769.729
DR: Calle 40 sur # 72 d 50
Tel. 3118647601
Correo. Paolavp2008@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 # 1100/605/2024

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	Shirley Paola Vanegas Prada
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	ABRIL

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	3	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales	1.1 Planeación Grupal, mínimo de dos encuentros,durante el mes (Formato ICBF), "con las cuatro planeaciones de las áreas correspondientes" 1.2 Cartilla digital (parte uno: conociéndonos al 100% diligenciada) 1.3 Cartilla digital (Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada) 1.4 Cartilla digital (Diligenciamiento de la parte cuatro: movilizacion social y gestion comunitaria semana SER COMO NIÑOS)	20%	29/04/2024	1.1 : OK 1.2 : ok 1.3 : ok 1.4 : ok		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF	2.1. Planeacion Encuentro en el hogar (1 por cada participante) (cargada en en el cuaderno digital en el drive correspondiente) 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. 2.3 Cartilla digital (parte uno: conociéndonos al 100% diligenciada) 2.4 Cartilla digital (Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada)	20%	29/04/2024	2.1 : ok 2.2 : ok 2.3 : ok 2.4 : ok		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en físico como en drive (50)	3.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA 3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas)	5%	29/04/2024	3.1 : ok 3.2 : ok 3.3 : ok 3.4 : 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 Abril 4.2 Soportes de egreso 4.3 Soportes de ingreso	10%	29/04/2024	4.1 : ok 4.2 : ok 4.3 : ok		
		5.Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios,Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.	5.1 Formato Ram 5.2 Refrigerios 5.3 Formato RPP 5.4 Fotografías uno a uno de la entrega de RPP - en power Point 5.5 Formato de Bienestarina Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni enmendaduras	10%	29/04/2024	5.1 5.2 5.3 ok 5.4 ok 5.5 ok		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o por documentos faltantes	6.1 Formato de novedades 2 por grupo de atencion (si aplica)	10%	29/04/2024	6.1 : ok		
		7. Formato de ficha de caracterización de practicas y acciones f7	7.1 Garantizar el adecuado diligenciamiento en el Archivo de excel de practicas (1 pestaña x UA) participantes nuevos	10%	29/04/2024	7.1 : ok		
		8. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faciliten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	8.1 Ambietación de espacios físicos de la UDS, "Jugando ando" por la celebracion del dia del niño resaltando los juegos tradicionales, cada dupla enviar fotos y videos. 8.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 8.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación."Celebracion del dia del niño	15%	29/04/2024	8.1 : ok 8.2 : ok 8.3 : ok		
				TOTAL 100%				

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

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Jolma Guzman
C.C.	40443431

VBPEMMU
Mayo 2/2024

compensar | miplanilla.com

LANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUI. CION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52769729	SHIRLEY PAOLA VANEGAS PRADA	Cll 40 sur # 72d - 50	3119647601	paolavp2008@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO		DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ, D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-03	2024-03	I	11/04/2024	76157957	$385.300	

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					
EPS005	Sanitas EPS	900251440-6	162.500	0		0		0	3	500	0	163.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	208.000	0	0	0	0	3	600	0	208.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	13.600				13.600	3	100	13.700			136	13.700	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	162.500	163.000
Pensión	1	208.000	208.600
Riesgos Laborales	1	13.600	13.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	384.100	385.300

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

compensar | miplanilla.com

LANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQU. CION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52769729	SHIRLEY PAOLA VANEGAS PRADA	Cll 40 sur # 72d - 50	3118647601	paolavp2008@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-03	2024-03	I	11/04/2024	76157957	$385.300	

.TALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Dependiente	Salario	Extranjero	Colom. exterior	Desconocido	Ing	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	PNL	CORRECCIONES	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
CC	52769729	VANEGAS PRADA SHIRLEY PAOLA	59	0			N	X																25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS006	1.300.000	162.500	14-11	1.300.000	2	13.600		0	0	0	0	0	0	0	0

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



¡Pago exitoso!

Hiciste un pago en COMPENSAR-OI
por $385.300,00
Fecha: El 10 de abril de 2024
Hora: 9:11 PM

Puedes ingresar a tu app Nequi en la opción de Movimientos y revisar el detalle de este pago.

Si no fuiste tú, fue un error o tienes dudas, escríbenos al chat de nuestra página web: www.nequi.com.co en el botón de "Ayuda" o llama a la línea de atención: (+57) 300 600 0100

¿Ya nos sigues en redes?
¡Siempre tenemos cosas nuevas!

Nequi

Ciudad: BOGOTA D.C Mes: ABRIL Día: 30 Año: 2024

CUENTA DE COBRO No. 02

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2024-DIMF KENNEDY

NOMBRE: SANDRA YACKELIN PINZON SALCEDO
CEDULA: 1.030.549.541
CUENTA BANCARIA: 10866703553 **BANCO: BOGOTA AHORRO _X_ CORRIENTE ___**
LA SUMA DE: ($2.519.800) DOS MILLONES QUINIENTOS DIECINUEVE MIL OCHOCIENTOS PESOS M/CTE.
PERIODO: Fase Atención Abril 2024

CONCEPTO: Agente Educativa Perfil 1 DIMF Kennedy Gestando Futuro Periodista del Contrato N. 11006052024. Con 50 cupos

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

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

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($2.519.800) DOS MILLONES QUINIENTOS DIECINUEVE MIL OCHOCIENTOS PESOS M/CTE. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Yolima Guzmán Pajardo
Coordinadora
C.C 40.443.431

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Sandra Y. Pinzón Salcedo

NOMBRE: Sandra Yackelin Pinzón Salcedo
C.C. 1.030.549.541
Correo: shanniivannii48@gmail.com
Dirección: Carrera 78B # 36-13 Sur
Cel. 3164532712

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 # 1100/605/2024

PROGRAMA:	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE:	Sandra Liman Salcedo
CARGO:	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	ABRIL

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	3	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales	1.1 Planeación Grupal, mínimo de dos encuentros,durante el mes (Formato ICBF), "con las cuatro planeaciones de las áreas correspondientes" 1.2 Cartilla digital (parte uno: conociendonos al 100% diligenciada) 1.3 Cartilla digital (Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada) 1.4 Cartilla digital (Diligenciamiento de la parte cuatro: movilizacion social y gestion comunitaria semana SER COMO NIÑOS)	20% 5%	29/04/2024	1.1 : OK 1.2 : OK 1.3 : OK 1.4 : OK		ultimo Semana
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF	2.1. Planeacion Encuentro en el hogar (1 por cada participante) (cargada en en el cuaderno digital en el drive correspondiente) 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. 2.3 Cartilla digital (parte uno: conociendonos al 100% diligenciada) 2.4 Cartilla digital (Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada)	20% 5%	29/04/2024	2.1 : OK 2.2 : OK 2.3 : OK 2.4 : OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en fisico como en drive (50)	3.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA 3.4 Archivo Fisico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas)	5% ✓	29/04/2024	3.1 : OK 3.2 : OK 3.3 : OK 3.4 : 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 Abril 4.2 Soportes de egreso 4.3 Soportes de Ingreso	10% 5%	29/04/2024	4.1 : OK 4.2 : OK 4.3 : OK		
		5.Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios,Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.	5.1 Formato Ram 5.2 Refrigerios 5.3 Formato RPP 5.4 Fotografias uno a uno de la entrega de RPP - en power Point 5.5 Formato de Bienestarina Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni enmendaduras	10% ✓	24/04/2024	5.1 : OK 5.2 : OK 5.3 : OK 5.4 : OK 5.5 : OK		
		6. Entrega del Formato de novedades por Inasistencia, gripa, o por documentos faltantes	6.1 Formato de novedades 2 por grupo de atencion (si aplica)	10% 2.5%	29/04/2024	6.1 : OK		
		7. Formato de ficha de caracterización de practicas y acciones f7	7.1 Garantizar el adecuado diligenciamiento en el Archivo de excel de practicas (1 pestaña x UA) participantes nuevos	10% ✓	29/04/2024	7.1 : OK		
		8. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faliciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	8.1 Ambietación de espacios fisicos de la UDS, "Jugando ando" por la celebracion del dia del niño resaltando los juegos tradicionales, cada dupla enviar fotos y videos. 8.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 8.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación."Celebracion del dia del niño	15% 3.75%	29/04/2024	8.1 : OK 8.2 : OK 8.3 : OK		
			TOTAL	100%				

46.25%

FIRMA CONTRATISTA	Sandra Liman Salcedo
NOMBRE:	Sandra Liman Salcedo
C.C.	1030549341

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Yolima Guzman
C.C.	40-443.431

VOBO MMU
Mayo 2/2024

Bancolombia

www.bancolombia.com.co

Miércoles, 24 de abril de 2024

BANCOLOMBIA S.A. informa que, a la fecha de emisión de este certificado, **SANDRA YACKELIN PINZON SALCEDO**, identificado con CC. **1.030.549.541**, cuenta con los siguientes productos financieros en el Banco:

Nombre Producto	N.° Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	10866703553	2024/04/24	ACTIVA

***Importante**: esta certificación solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la información de esta constancia, puede comunicarse a la línea de atención al cliente en: Bogotá: (601) 343 00 00, Medellín (604) 510 90 00, Cali (602) 554 05 05, Barranquilla (605) 361 88 88, Cartagena (605) 693 44 00, Bucaramanga (607 697 25 25, Pereira (606) 340 12 13, a nivel nacional: 018000912345; desde España: 900 995 717 y Estados Unidos: 1866 379 9714. Defensor del Consumidor Financiero: María Adelayda Calle Correa, de lunes a viernes entre 8:00 a.m. a 12 p.m. y 2:00 p.m. a 5:00 p.m. línea gratuita 01 8000 52 2622. teléfonos (604) 3561225. correo electrónico defensor@bancolombia.com.co, o en la: Carrera 48 #18 A 14, Edificio FIC48. Piso 11. Medellín

Bancolombia

Bogotá, 23 de abril de 2024

Señores Asociación profesionales de Colombia

Cordial saludo.

Mediante la presente carta solicito que los pagos a que se den a lugar a mi nombre como titular por labores desempeñadas, sean consignadas a mi cuenta de ahorros de Bancolombia con el numero 10866703553, comprendo que dichas transacciones se verán reflejadas ciertos días después de generado el movimiento bancario por parte de ustedes (pago de cuentas de cobro), a lo cual acepto de conformidad.

Cordialmente

Sandra Yackelin Pinzon Salcedo

1 030 549 541

Agente educativa Gestando Futuro. Periodistas

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141027456101

(415)7707212489984(8020) 000014102745610 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 3 0 5 4 9 5 4 1	0	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 3 0 5 4 9 5 4 1	2 0 0 6 1 0 1 2

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
PINZON	SALCEDO	SANDRA	YACKELIN

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal
CR 78 C 36 13 SUR

42. Correo electrónico shanniivannii48@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2
8 5 1 2	2 0 2 4 0 4 1 6	8 5 1 3	2 0 2 4 0 4 1 6			

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 2 0																									

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024 - 04 - 27 / 22 : 02: 57

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 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

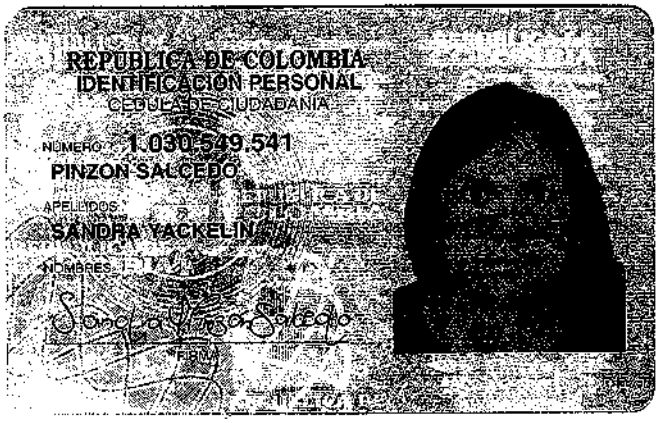
Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre PINZON SALCEDO SANDRA YACKELIN

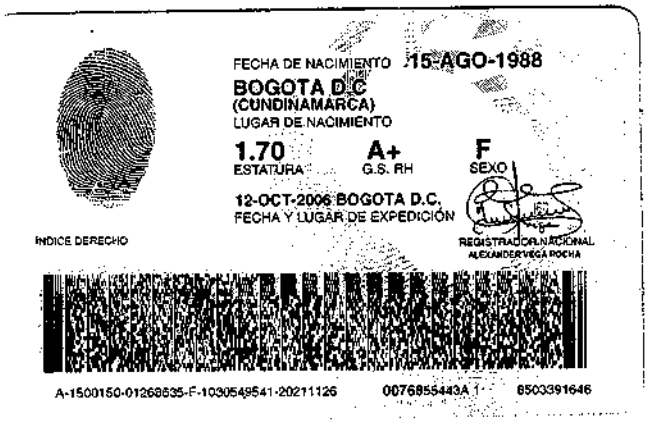
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO: 1.030.549.541
PINZON SALCEDO
APELLIDOS
SANDRA YACKELIN
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 15-AGO-1988
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO
12-OCT-2006 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA POCHA
INDICE DERECHO

A-1500150-01268535-F-1030549541-20211126 0076855443A 1 8503391646

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
"Código Único nuevo para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

SOPORTE DE NOVEDADES DE REINGRESOS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

RAD- 10305495412904202 4

CÓDIGO ASESOR Y/O PROMOTOR: N0487

AFILIACIÓN

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

1. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
PINZON	SALCEDO	SANDRA	YACKELIN

2. TIPO DOCUMENTO: R.C. | T.I. | X C.C. | C.E. | P.A. | C.D. | S.C. | R.E.
3. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1030549541
4. SEXO: X
5. FECHA NACIMIENTO: 16 | 08 | 1988

II. DATOS COMPLEMENTARIOS

CIUDAD Y MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	TELÉFONO
BOGOTA	CUNDINAMARCA	4968542

TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO	CÓDIGO ARP
3164532712	SHANDIUANNI@GMAIL.COM	

III. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O RESPONSABLE PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

36. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	36. T. Documento: C.C. / N.I. / R.E.	37. Número documento de identidad	DV	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
SANDRA YACKELIN PINZON SALCEDO		1030549541		INDEPENDIENTE

40. UBICACIÓN O DIRECCIÓN	CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
CARRERA 79 B # 66 13	BOGOTA	CUNDINAMARCA

TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO
4968542	3164532712	SHANDIUANNI@GMAIL.COM

FECHA INICIO DE LABORES	CARGO	SALARIO
16 | 09 | 2024	INDEPENDIENTE	1'300.000

IV. FIRMAS

Firma del cotizante

RETIRO

Powered by CamScanner

Ciudad: BOGOTA D.C Mes: ABRIL Día: 30 Año: 2024

CUENTA DE COBRO No. 03

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
APC2024-DIMFPERIODISTAS-CON007

NOMBRE: ANA JAZMIN BECERRA GALLO
CEDULA: 52.931.661
CUENTA BANCARIA: 212220040 BANCO: BOGOTA AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: ($ 2.252.250) DOS MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS CINCUENTA PESOS M/Cte.
PERIODO: Fase Atención Abril 2024

CONCEPTO: Agente Educativa Perfil 2 DIMF Kennedy Gestando Futuro Periodistas del Contrato N. 11006052024. Con 50 cupos.

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

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI ___ NO X__ a partir de la fecha Día Mes Año En constancia Firma. _____

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($2.252.250) Dos millones doscientos cincuenta y dos mil doscientos cincuenta pesos M/Cte. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Yolima Guzman Fajardo
Coordinadora
C.C. 40.443.431

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: **Ana Jazmin Becerra Gallo**
C.C. 52.931.661
DR: Cra 77 L # 49 – 30 sur
Tel.3107584375
Correo. Kc3264318@ 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 # 1100/605/2024

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
CONTRATISTA	JASMIN BECERRA
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	ABRIL

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	3	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales	1.1 Planeación Grupal, mínimo de dos encuentros,durante el mes (Formato ICBF), "con las cuatro planeaciones de las áreas corespondientes" 1.2 Cartilla digital (parte uno: conociendonos al 100% diligenciada) 1.3 Cartilla digital (Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada) 1.4 Cartilla digital (Diligenciamiento de la parte cuatro: movilizacion social y gestion comunitaria semana SER COMO NIÑOS)	20%	29-04-24	1.1 .ok 1.2 : ok 1.3 : ok 1.4 : ok		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF	2.1. Planeacion Encuentro en el hogar (1 por cada participante) (cargada en en el cuaderno digital en el drive correspondiente) 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. 2.3 Cartilla digital (parte uno: conociendonos al 100% diligenciada) 2.4 Cartilla digital (Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada)	20%	29/04/24	2.1 : ok 2.2 : ok 2.3 : ok 2.4 : ok		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en fisico como en drive (50)	3.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA _ 3.4 Archivo Fisico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas)	5%	29/04/24	3.1 : ok 3.2 : ok 3.3 : ok 3.4 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 Abril 4.2 Soportes de egreso 4.3 Soportes de Ingreso	10%	29/04/24	4.1 ok 4.2 ok 4.3 ok		
		5.Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios,Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras	5.1 Formato Ram 5.2 Refrigerios 5.3 Formato RPP 5.4 Fotografias uno a uno de la entrega de RPP - en power Point 5.5 Formato de Bienestarina Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni enmendaduras	10%	29/04/24	5.1 ok 5.2 ok 5.3 ok 5.4 ok 5.5 ok		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o por documentos faltantes	6.1 Formato de novedades 2 por grupo de atencion (si aplica)	10%	29/04/24	6.1 ok		
		7. Formato de ficha de caracterización de practicas y acciones f7	7.1 Garantizar el adecuado diligenciamiento en el Archivo de excel de practicas (1 pestaña x UA) participantes nuevos	10%	29/04/24	7.1 ok		
		8. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faliciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	8.1 Ambietación de espacios fisicos de la UDS, "Jugando ando" por la celebracion del dia del niño resaltando los juegos tradicionales, cada duple enviar fotos y videos. 8.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 8.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación."Celebracion del dia del niño	15%	29/04/24	8.1 ok 8.2 ok 8.3 ok		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	JASMIN BECERRA
NOMBRE:	JASMIN BECERRA
C.C.	52931661

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Yolma Gomez
C.C.	40.444.471

VBO @MV
Mayo 2 /2024

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

Señor(a):	ANA JAZMIN BECERRA GALLO
No. Identificación:	CC52931661
Dirección:	CARRERA 77 L # 49 30 SUR
Telefono:	3107584
Correo:	jaz_misita27@hotmail.com
Ciudad:	BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla:	8376157968

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	ANA JAZMIN BECERRA GALLO	Número de Empleados	1
Tipo y número de identificación	CC52931661	Periodo de Cotización Salud	marzo de 2024
Número de planilla	8376157968	Periodo de Cotización Pensión	marzo de 2024
Fecha pago	2024-04-15	Número de Administradoras	
Número de autorización pago	[illegible]8342	Total Pagado	3[illegible]00
Banco	1023	Total Intereses de Mora	[illegible]00

PAGADA

8376157968

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
[illegible]811	ARL SURA	[illegible]700	[illegible]
[illegible]25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	[illegible]08000	[illegible]
EPS017	Famisanar EPS Cotiza Colsubsidio	[illegible]0000	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 52931661
APELLIDOS Y NOMBRES: ANA JAZMIN BECERRA GALLO

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS017	25-14	1300000	1300000	1300000	0	162500	0	208000	0	13600	0

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

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 948675560	DV: 507974
Cliente:113237 PLANILLAS AVAL Aportes en Linea Arus Compensar Asopagos Simple Mi Plan	
Fecha:	12/04/2024 16:01:01
PAP:	912281
Nombre:	nan
Apellido 1:	nan
NUM PLANILLA:	8376157968
TIPO DE IDENTIFICACION:	CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO IDENTIFICACION:	52931661
PERIODO:	202403

Referencia: 8376157968Valor: $385.300,00

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: BOGOTA D.C Mes: ABRIL Día: 30 Año: 2024

CUENTA DE COBRO No. 03

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2024 – DIMF PERIODISTAS-CON003

NOMBRE: DIANA KATHERIN CONDE VALENCIA
CEDULA: 1.030.661.794
CUENTA BANCARIA: 035608280 **BANCO:** BOGOTÁ **AHORRO** __X__ **CORRIENTE** ____
LA SUMA DE: ($2.519.850) DOS MILLONES QUINIENTOS DIECINUEVE MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA PESOS M/Cte.
PERIODO: Fase Atención Abril 2024

CONCEPTO: Apoyo Psicosocial DIMF Kennedy Gestando Futuro Periodistas del Contrato N. 11006052024 con 150 cupos.

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

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI ___ NO_X___ a partir de la fecha Día Mes Año en constancia:
Firmo _____

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($2.519.850) Dos millones quinientos diecinueve mil ochocientos cincuenta pesos M/Cte. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

YOLIMA GUZMAN FAJARDO
Coordinadora
C.C. 40.443.431

Autorizado por:

ANA ROCIÓ QUIROZ MANRIQUE
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

DIANA KATHERIN CONDE VALENCIA
C.C: 1.030.661.794
Cra 97 C N° 42 F -22 sur
Tel: 3212978093
dianacondev12@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 # 11006052024

PROGRAMA	DIAS DESTINADO FUTURO ACTIVO
NOMBRE	DIANA KATHERIN CORTÉ VALENCIA
CARGO	PSICOSOCIAL
PERIODO y FECHA	ABRIL

PASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	4	1. Verifica la existencia del registro civil de las niñas y los niños (y del documento de identidad de las mujeres gestantes). En los casos de no contarse, orienta y hace seguimiento de la familia y cuidadores y adelanta acciones ante la autoridad competente, según corresponda	1.1 Carpetas de los participantes - Base de las 7 atenciones unificada por UDS	5%	29/04/2024	1.1 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. Cartas de gestion con radicado y/o evidencia del correo enviado 2.2. Matriz de Gestión interistitucional Abril unificada por las 3 UDS	10%	29/04/2024	2.1 OK 2.2. OK		
		3. Validación criterios de focalizacion junto con el documento de identidad, de los nuevos ingresos, Marzo 65	3.1 Formato Visita Criterios de Focalización 10 para los casos de ingreso nuevos que aplique 3.2. Subir al drive creado por grupo territorial, los criterios de focalización de los participantes nuevos 4, a los cuales no aplica visita. Se carga la totalidad de Criterios de Focalización de 14 Participantes corresponditenles a los tres grupos de atención delegados. 3.3 Cronograma de Visitas - Firma de las familias Visitadas (Formato APC) 3.4. Base de criterios de focalizacion unificada por UDS	15%	29/04/2024	3.1 OK 3.2 OK 3.3 OK 3.4 OK		
		4. Realizacion procesos de caracterización, de 14 ingresos para Marzo de las Unidades delegadas en el territorio.	4.1 Registro de 14 Nuevos participantes, en el formato (f23.mo12.pp_formato_ficha_de_caracterizacion_para_los_servicios_de_atencion_a_la_primera_infancia_v2)	15%	29/04/2024	4.1 OK		
		5. Procesos de Formación y cualificación al Talento Humano de acuerdo con el tema del Plan de Formacion al TH Temas: Construccion del pacto de Convivencia - Rutas de Atencion - Celebración dia del niño	5.1 Acta, Registro fotografico y Firmas	10%	29/04/2024	5.1 OK		
		6. Control Social y Proceso de buzon de sugerencias y control social. (proceso en compañia del comite de control Social).	6.1. Acta de apertura buzon de sugerencias 1 por UDS 6.2 Evidencias fotograficas. 6.3 Acta Reunión Control Social,acompañamiento RPP y cumplimiento del plan de trabajo del comité 6.4 Evidencias socialización respuesta buzon mes anterior	5%	29/04/2024	6.1 OK 6.2 OK 6.3 OK 6.4 N/A		
		7.Seguimiento a poblacion migrante y desplazados.	7.1 Base excel poblacion migrante y desplazados, Formatos APC 1 por UDS	5%	29/04/2024	7.1 OK		
		8.Activacion de rutes según sea el caso	8.1 Formatos de seguimientos,remisiones. 8.2 Matriz de seguimiento a casos., Priorizados y remitidos (Formato APC) 8.3 Parte 5 Cuaderno Familiar	5%	29/04/2024	8.1 OK 8.2 OK 8.3 OK		
		9.. Aportar a las cartillas de encuentro en el hogar, familiograma de cada familia participante	9.1 Cartilla encuentro en el hogar Conociendonos (Familiograma)	10%	29/04/2024	9.1 OK		
		10. Acompañar y apoyar la entrega de RPP	10.1 Acta de verificacion de la RPP con el comite de control social en compañia de la Nutricionista 1 por UDS 10.2 Presencia en el espacio	5%	29/04/2024	10.1 OK 10.2 OK		
		11.Seguimiento a casos de transito armonico	11.1 Realizar acta con la sensibilicacion y gestion de los casos que requieren orientacion para el trasito armonico 11.2 Base de tránsito armónico 1 por UDS	5%	29/04/2024	11.1 OK 11.2 OK		
		12. Informe de gestión mensual en el formato F8 contractual y general de acciones	12. Formato de Informe – Enviado por Coordinación Drive 12.1 F8 de acciones i Datos de casos garantia de derechos ii Acciones realizadas de cualificacion iii Dificultades del componente en el mes 12.2 F8 contractual i Aportes a las obligaciones del componente	10%	29/04/2024	12. OK 12.1 OK 12.2 OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	DIANA KATHERIN CORTÉ VALENCIA
C.C	1.030.661.794

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Yolima Guzman
CC	40443.437

VOBO ENMA.

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 1030661794		CONDE VALENCIA DIANA KATHERIN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 97 C N. 42F 22 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7777777	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-03	32823036	9465441377	I	2024/04/22	2024/04/19	BANCO DE OCCIDENTE	0	$377,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0
1	CC	1030661794	CONDE DIANA	Z30201	30 $1,300,000	$208,000	EPS017	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-1	30	$1,300,000	$6,800	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0

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 1030661794		CONDE VALENCIA DIANA KATHERIN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 97 C N. 42F 22 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7777777	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-03	32823036	9465441377	I	2024/04/22	2024/04/19	BANCO DE OCCIDENTE	0	$377,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$0	$0	$208,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$208,000	$0	$0	$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,800	$0	$0	$6,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$6,800	$0	$0	$6,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				1	$377,300	$0	$0	$377,300

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

PAGO DE FACTURAS

1506 PLANILLA AS APORTES EN LINEA

CORRESPONSAL BANCO DE OCCIDENTE

REFERENCIA	3465441377
NUMERO DE APROBACION	823036
Fecha:	19/04/2024 15:12:47
RV:	954135
Num. Transaccion	111419834
Valor	$377.300,00

CORRESPONSAL BANCOLOMBIA PARA BANCO DE OCCIDENTE. LA IMPRESION DE ESTE TIQUETE CONFIRMA SU ACEPTACION, VERIFIQUE LA INFORMACION. ESTE ES EL UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO. LINEA NACIONAL 018000512825. ANTES DE RETIRARSE DEL PUNTO DE ATENCION VERIFIQUE REFERENCIA DE PAGO, CONVENIO, LA FECHA, HORA, TIPO Y MONTO DEL SOPORTE DE PAGO REALIZADO. SI NO ESTA DE ACUERDO CON LA INFORMACION ALLI INCORPORADA O LA MISMA NO CORresponde a la información del pago realizado, informelo de manera inmediata al cajero la corrección requerida para hacer las correcciones a que haya lugar. De lo contrario, ni Effecty ni Banco de Occidente se harán cargo de responsabilidad sobre reclamos posteriores.

Recaudador : 917603 EFECTY DIAGONAL 19

Cajero: ANTONIO

Recibi Conforme: .....

C.C. .....

Ciudad: BOGOTA D.C Mes: Abril Día: 30 Año: 2024

CUENTA DE COBRO No. 03

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2024-DIMFPERIODISTAS-CON004

NOMBRE: GINA PAOLA MARTINEZ CASTRO
CEDULA: 52.978.862
CUENTA BANCARIA: 542351291 BANCO: BOGOTA AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: ($2.519.850) DOS MILLONES QUINIENTOS DIECINUEVE MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA PESOS M/Cte.
PERIODO: Fase Atención Abril 2024

CONCEPTO: Apoyo Psicosocial DIMF Kennedy Gestando Futuro Periodistas del contrato N. 11006052024. Con 150 cupos.

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

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

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($2.519.850) Dos millones quinientos diecinueve mil ochocientos cincuenta pesos M/Cte. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Yolima Guzmán Fajardo
Coordinadora
C.C. 40.443.431

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Gina Paola Martinez

NOMBRE: GINA PAOLA MARTINEZ CASTRO
C.C. 52.978.862
Correo: ginamartinez.tsocial@hotmail.com
Dirección: Carrera 51b No 18-28
Teléfono: 3108675997
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 # 11006052024

PROGRAMA	OMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	Gina Paola Martinez Castro
CARGO	PSICOSOCIAL
PERIODO y FECHA	ABRIL

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	3	1. Verifica la evidencia 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 - Base de las 7 atenciones unificada por UDS	5%	29/04/2024	1.1 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. Cartas de gestion con radicado y/o evidencia del correo enviado 2.2. Matriz de Gestión Interistitucional Abril unificada por las 3 UDS	10%	29/04/2024	2.1 OK 2.2 OK		
		3. Validación criterios de focalizacion junto con el documento de identidad, de los nuevos ingresos, Marzo _____	3.1 Formato Visita Criterios de Focalización_____ para los casos de ingreso nuevos que aplique 3.2. Subir al drive creado por grupo territorial, los criterios de focalización de los participantes nuevos_____, a los cuales no aplica visita. Se carga la totalidad de Criterios de Focalización de _____ Participantes correspondientes a los tres grupos de atención delegados. 3.3 Cronograma de Visitas - Firma de las familias Visitadas (Formato APC) 3.4. Base de criterios de focalizacion unificada por UDS	15%	29/04/24	3.1 OK 3.2 OK 3.3 OK 3.4 OK		
		4. Realizacion procesos de caracterización, de ___ ingresos para Marzo de las Unidades delegadas en el territorio	4.1 Registro de _____ Nuevos participantes, en el formato (f23,mo12 pp_formato_ficha_de_caracterizacion_para_los_servicios_de_atencion_a_la_primera_infancia_v2);	15%	29/04/24	4.1 OK		
		5. Procesos de Formación y cualificación al Talento Humano de acuerdo con el tema del Plan de Formación al TH Temas: Construcción del pacto de Convivencia - Rutas de Atención - Celebración de del niño	5.1 Acta, Registro fotografico y Firmas	10%	29/04/24	5.1 OK		
		6. Control Social y Proceso de buzon de sugerencias y control social. (proceso en compañia del comite de control Social).	6.1. Acta de apertura buzon de sugerencias 1 por UDS 6.2 Evidencias fotograficas. 6.3 Acta Reunión Control Social,acompañamiento RPP y cumplimiento del plan de trabajo del comité 6.4 Evidencias socialización respuesta buzon mes anterior	5%	31/04/24	6.1 OK 6.2 OK 6.3 OK 6.4 N/A		
		7.Seguimiento a poblacion migrante y desplazados	7.1 Base excel poblacion migrante y desplazados, Formatos APC 1 por UDS	5%	29/04/24	7.1 OK		
		8.Activacion de rutas según sea el caso	8.1 Formatos de seguimientos,remisiones. 8.2 Matriz de seguimiento a casos., Priorizados y remitidos (Formato APC) 8.3 Parte 5 Cuaderno Familiar	5%	29/04/24	8.1 OK 8.2 OK 8.3 OK		
		9 . Aportar a las cartilas de encuentro en el hogar, familograma de cada familia participante	9.1 Cartilla encuentro en el hogar Conocieadones (Familiograma)	10%	29/04/24	9.1 OK		
		10. Acompañar y apoyar la entrega de RPP	10.1 Acta de verificacion de la RPP con el comite de control social en compañia de la Nutricionista 1 por UDS 10.2 Presencia en el espacio	5%	29/04/24	10.1 OK 10.2 OK		
		11 Seguimiento a casos de transito armonico	11.1 Realizar acta con la sensibilicacion y gestion de los casos que requieren orientacion para el transito armonico 11.2 Base de tránsito armónico 1 por UDS	5%	29/04/24	11.1 OK 11.2 OK		
		12. Informe de gestión mensual en el formato F8 contractual y general de acciones	12. Formato de Informe – Enviado por Coordinación Drive 12.1 F8 de acciones i Datos de casos garantia de derechos ii Acciones realizadas de cualificacion iii Dificultades del componente en el mes 12.2 F8 contractual i Aportes a las obligaciones del componente	10%	29/04/24	12.0 K 12.1 OK 12.2 OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	Gina Paola Martinez
C.C.	52.978.962

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Yolima Guzman
C.C.	40.442.431

VºBº

PAGOSIMPLE | Prefactura

Fecha creación reporte: 2024-04-16, 01:39:20 PM **Tipo Planilla:** 1: PLANILLA INDEPENDIENTES

Periodo Cotización: marzo de 2024 **Periodo Servicio:** marzo de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8810491988

Fecha límite de pago: 2024-04-12

GUARDADA 16/04/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	GINA PAOLA MARTINEZ CASTRO				
Documento	CC52978862	**Dirección**	CR 51B SUR #18 - 28		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3542781		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

IMPORTANTE: 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 información 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 fechas 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.

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades														Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días PFP	Días PFS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Administradora	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Mineducación	Total
CC 52978862	MARTINEZ CASTRO GINA PAOLA	59	00																0	30	30	30	30	COLPENSIONES	$ 1.300.000	$ 208.000	EPS SANITAS	$ 1.300.000	$ 162.500	ARL SURA	$ 1.300.000	$ 6.800	COMPENSAR CCF	$ 1.300.000	$ 7.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 385.1

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes FSP	Aportes FSS	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE	TOTAL INTERESES	TOTAL FINAL
$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 6.800	$ 7.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 385.100	$ 1.600	$ 386.70

IV.INFORMACION

Día hábil de pago sin mora

10

Periodo cotización salud

Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Centro de Servicios Cafam - Supermercados Colsubsidio

8888104919880000000991231

Mibanco - Corresponsables AKI - Supermercados Comfandi - Almacenes Grupo Éxito

(415)7709998485884(8020)8810491988(3900)0000000(96)20991231

MEDIOS 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-recaudo/

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 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

ATENDIDO POR: YENNY BELTRAN

D O C U M E N T O S O P O R T E

NOMBRE	:PLANILLA SIMPLE RECAUDO
NIT	:860005074-8
CODIGO	:8810491988
PLANILLA	:1063044081
PERIODO	:202403
REFERENCIA 2	:8810491988

CODIGO	DESCRIPCION	VALOR
693927	RECAUDO PLANILLA SIM	387,600 D
SUBTOTAL:		387,600

TOTAL:	387,600
TARJ CRE/DEB	387,600
CAMBIO	0

ATENDIDO POR: YENNY BELTRAN
19/04/24 13:53 3100 008 1937 840664

Ciudad: BOGOTA D.C **Mes: ABRIL** **Día: 30** **Año: 2024**

CUENTA DE COBRO No. 03

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2024-DIMFPERIODISTAS-CON005

NOMBRE: NATALY SARMIENTO SUAREZ
CEDULA: 1.031.139.309
CUENTA BANCARIA: 24097083757 BANCO: Caja Social AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: ($2.519.850) DOS MILLONES QUINIENTOS DIECINUEVE MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA PESOS M/Cte.
PERIODO: Fase Atención Abril 2024

CONCEPTO: Nutricionista DIMF Kennedy Gestando Futuro Periodistas del Contrato N. 11006052024. Con 150 cupos

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

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

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($2.519.850) Dos millones quinientos diecinueve mil ochocientos cincuenta Pesos M/Cte. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Yolima Guzman Fajardo
Coordinadora
C.C. 40.443.431

Aprobado por:

Ana Rocio Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Nataly Sarmiento S.

NOMBRE: Nataly Sarmiento Suárez
C.C. 1.031.139.309
DR: Dg 45 sur 23-20 bloque 18 Apt 335 Tel. 3182434836 Correo: Sarmientosn892@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 # 11006052024

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	NOTALY JARMIENTO
CARGO	NUTRICIONISTA
PERIODO y FECHA	ABRIL

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCIÓN	4	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias como se establece en Cronograma de Capacitación, de acuerdo a la propuesta de cada Nutricionista por territorio. 1.1. Estrategia IEC: Macro y Micronutrientes - Alimentos fuente 1.2. Promocion de la lactancia materna: Almacenamiento y conservación de la leche humana	1.1 Planeación cargada al drive 1.2 Realización de los talleres, de las UAS delegadas 1.3 Acta de proceso con listados de asistencias en físico y digital, promocio en la unidad 1.4. Registro fotografico.	15%	30/4/24	1.1 OK 1.2 OK 1.3 OK 1.4 OK		
		2. Cualificación al Talento Humano, según Cronograma de estrategia IEC (Información Educación y Comunicación en SAN) Temas de Marzo: 2.1. Estrategia IEC: Macro y Micronutrientes - Alimentos fuente / Protocolo de compra, transporte, recibido y almacenamiento (BPM) 2.2. Promocion de la lactancia materna: Almacenamiento y conservación de la leche humana	2.1 Planeación cargada al drive 2.2 Acta de proceso con listados de asistencias en físico y digital. 2.3 Registro Fotografico	10%	30/4/24	2.1 OK 2.2 OK 2.3 OK		
		3. Tamizaje a participantes nuevos en el mes son____	3.1. Formato F11 y 16 segun coresponda 3.2. Formato borrador de tamizaje nutricional (formato APC)	20%	30/4/24	3.1 OK 3.2 OK		
		4. Cargar a la plataforma Cuéntame los datos correspondientes a las tomas Iniciales, de los _____ ingresos del mes.	**4. Descargue del excel , generado en aplicativo CUENTAME, donde se encuentren filtrados los participantes ingresados maximo 8 dias despues del ingreso.** 4.1 Actualización formato F11 4.2 Actualizacion formato F16	5%	30/4/24	4.1 OK 4.2 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:** 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) **Casos Riesgos de Desnutrición Aguda (priorización para encuentro en el hogar)** 5.5. Matriz de seguimiento a casos 5.6. Seguimiento cartilla encuentros en el hogar (Parte 5) **Evento 113: De acuerdo a las solicitudes del CZ los casos que desde la secretaria de salud sean identificados y notificados como desnutricion aguda, deberan contar con seguimiento y acercamiento a las familias para la validación de servicios recibidos por la EAPB, tales como:** 5.7. Entrega de FTLC; 5.8. Consulta de CYD; nutrición, pediatra, examentes complementarios. 5.9. La información recibida debera registrarse en formato de acta APC anexando los soportes que la famila entregue.	20%	30/4/24	5.1 OK 5.2 OK 5.3 OK 5.4 OK 5.5 OK 5.6 OK 5.7 OK 5.8 OK 5.9 OK		
		6. Acompañar y apoyar la entrega de RFPP, Refrigerios y Bienestarina .	**6.Formatos:** 6.1. Formato de Verificación de calidad y cantidad 6.2 Acta de verificacion de la RPP con el climte de control social en compañia de la Psicosocial 6.3 Presencia en el espacio	10%	30/4/24	6.1 OK 6.2 OK 6.3 OK		
		7. Acompañar, verificar y apoyar PSB y BPM	**7.Formatos:** 7.1. Formatos de limpieza y desinfeccion 7.2 Actualizacion de PSB 7.3 Actualizacion de BPM	5%	30/4/24	7.1 OK 7.2 OK 7.3 OK		
		8. Seguimiento BOTIQUIN	8.1 Realizar verificacion de los insumos del Botiquin	5%	30/4/24	8.1 OK		
		9. Informe de gestión mensual en el formato F8 contractual y general de socios	9. Formato de informe – Enviado por Coordinación Drive 9.1 F8 de acompañ i Datos de casos con desnutrición ii Acciones realizadas de cualificacion iii Dificultades del componente en el mes 9.2 F8 contractual i Aportes a las obligaciones del componente	10%	30/4/24	9.1 OK 9.2 OK		
				100%				

FIRMA CONTRATISTA	Nataly Jarmiento
NOMBRE:	NOTALY JARMIENTO
C.C.	1031139209

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Diana Gamez
C.C.	43.543.436

VOBO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1031139309		SARMIENTO SUAREZ NATALY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DIA 45 SUR N 23-20 BLOQ 18 APT 335	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8026313	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor	
2024-03	2024-03	562740475	9464500861	I	2024/04/03	2024/04/08	BANCO CAJA SOCIAL	5	$529,400	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificacion	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,600,000	$256,000			$1,600,000	$200,000			$1,600,000	$32,000			$1,600,000	$39,000		$0	$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,600,000	$256,000			$1,600,000	$200,000			$1,600,000	$32,000			$1,600,000	$39,000		$0	$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,600,000	$256,000			$1,600,000	$200,000			$1,600,000	$32,000			$1,600,000	$39,000		$0	$0	
1	CC	1031139309	SARMIENTO NATALY	230201	30	$1,600,000	$256,000	EPS005	30	$1,600,000	$200,000	CCF24	30	$1,600,000	$32,000	14-23	30	$1,600,000	$39,000	30	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,600,000	$256,000			$1,600,000	$200,000			$1,600,000	$32,000			$1,600,000	$39,000		$0	$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1031139309		SARMIENTO SUAREZ NATALY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DIA 45 SUR N 23-20 BLOQ 18 APT 335	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8026313	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-03	562740475	9464500861	I	2024/04/03	2024/04/06	BANCO CAJA SOCIAL	5	$529,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$256,000	$1,100	$0	$257,100
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$256,000	$1,100	$0	$257,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$39,000	$200	$0	$39,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$39,000	$200	$0	$39,200
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$32,000	$200	$0	$32,200
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$32,000	$200	$0	$32,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$200,000	$900	$0	$200,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$200,000	$900	$0	$200,900
TOTAL				1	$527,000	$2,400	$0	$529,400

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que NATALY SARMIENTO SUAREZ identificado(a) con CC 1031139309 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social.

APORTANTE: SARMIENTO SUAREZ NATALY CC 1031139309

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9464500861	562740475	I	2024-04-08	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-03	30																	
9464500861	562740475	I	2024-04-08	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-03	30																	
9464500861	562740475	I	2024-04-08	ARL	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-03	30																	
9464500861	562740475	I	2024-04-08	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-03	30																	

Este certificado se expide el día 2024-04-19 a las 13:04.

Ciudad: BOGOTA D.C Mes: ABRIL Día: 30 Año: 2024

CUENTA DE COBRO No. 03

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2024-DIMFPERIODISTAS-CON006

NOMBRE: LAURA SOFIA ALARCON ARBELAEZ
CEDULA: 1.000.794.222
CUENTA BANCARIA: 046326849 BANCO: BOGOTA AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: ($2.519.850) DOS MILLONES QUINIENTOS DIECINUEVE MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA PESOS M/Cte.
PERIODO: Fase Atención Abril 2024

CONCEPTO: Nutricionista DIMF Kennedy Gestando Futuro Periodistas del Contrato N. 11006052024. Con 150 cupos

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

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

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($2.519.850) Dos millones quinientos diecinueve mil ochocientos cincuenta pesos M/Cte. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Yolima Guzman Fajardo
Coordinadora
C.C. 40.443.431

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: Laura Sofía Alarcón Arbeláez
C.C. 1.000.794.222
DR. av. calle 63#73 a 31 Cel. 3052355371 Correo. 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.

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO POR CARGO
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
CTO # 11006052024

PROGRAMA:	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE:	Sofia Alarcon Arbeláez
CARGO:	NUTRICIONISTA
PERIODO y FECHA	ABRIL

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCIÓN	4	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias como se establece en Cronograme de Capacitación, de acuerdo a la propuesta de cada Nutricionista por territorio. - 1.1. Estrategia IEC: Macro y Micronutrientes - Alimentos fuente 1.2. Promocion de la lactancia materna: Almacenamiento y conservación de la leche humana	1.1 Planeación cargada al drive 1.2 Realización de los talleres, de las UAS delegadas 1.3 Acta de proceso con listados de asistencias en físico y digital, promocio en la unidad 1.4. Registro fotografico	15%	30/04/24	1.1 OK 1.2 OK 1.3 OK 1.4 OK		
		2. Cualificación al Talento Humano, según Cronograma de estrategia IEC (Información Educación y Comunicación en SAN) Temas de Marzo: 2.1. Estrategia IEC: Macro y Micronutrientes - Alimentos fuente / Protocolo de compra, transporte, recibido y almacenamiento (BPM) 2.2. Promocion de la lactancia materna: Almacenamiento y conservación de la leche humana	2.1 Planeación cargada al drive 2.2 Acta de proceso con listados de asistencias en físico y digital. 2.3 Registro Fotografico	10%	30/04/24	2.1 OK 2.2 OK 2.3 OK		
		3. Tamizaje a participantes nuevos en el mes: son____	3.1. Formato F11 y 18 segun corresponda 3.2. Formato borrador de tamizaje nutricional (formato APC)	20%	30/04/24	3.1 OK 3.2 OK		
		4. Cargar a la plataforma Cuéntame los datos correspondientes a las tomas iniciales, de los ____ ingresos del mes.	**4. Descargue del excel , generado en aplicativo CUENTAME, donde se encuentren filtrados los participantes ingresados maximo 8 dias despues del ingreso.** 4.1 Actualización formato F11 4.2 Actualización formato F18	5%	30/04/24	4.1 OK 4.2 OK		
		5 Seguimiento Nutricional a Casos (Casos Evento 113, Casos de Desnutrición reporte cuenteme y Casos de Riesgo de desnutrición aguda reporta cuentame)	Casos Desnutrición: 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) Casos Riesgos de Desnutrición Aguda (priorización para encuentro en el hogar) 5.5. Matriz de seguimiento a casos 5.6. Seguimiento cartilla encuentros en el hogar (Parte 5) Evento 113: De acuerdo a las solicitudes del CZ los casos que desde la secretaria de salud sean identificados y notificados como desnutrición aguda, deberan contar con seguimiento y acercamiento a las familias para la validación de servicios recibidos por la EAPB, tales como: 5.7. Entrega de FTLC; 5.8. Consulta de CYD; nutrición, pediatria, examenes complementarios. 5.9. La información recibida debera registrarse en formato de acta APC anexando los soportes que la familia entregue.	20%	30/04/24	5.1 OK 5.2 OK 5.3 OK 5.4 OK 5.5 OK 5.6 OK 5.7 OK 5.8 OK 5.9 OK		
		6. Acompañar y apoyar la entrega de RFPP, Reingenos y Bienestarina .	6.Formatos: 6.1. Formato de Verificación de calidad y cantidad 6.2 Acta de verificacion de la RPP con el comite de control social en compañia de la Psicosocial 6.3 Presencia en el espacio	10%	30/04/24	6.1 OK 6.2 OK 6.3 OK		
		7. Acompañar, verificar y apoyar PSB y BPM.	7.Formatos: 7.1. Formatos de limpieza y desinfeccion 7.2 Actualizacion de PSB 7.3 Actualizacion de BPM	5%	30/04/24	7.1 OK 7.2 OK 7.3 OK		
		8. Seguimiento BOTIQUIN	8.1 Realizar verificacion de los insumos del Botiquin	5%	30/04/24	8.1 OK		
		9. Informes de gestión mensual en el formato F8 contractual y general de acciones	9. Formato de Informe – Enviado por Coordinadora Drive 9.1 F8 de acciones I Datos de casos con malnutricion II Acciones realizadas de cualificacion III Dificultades del componente en el mes 9.2 F8 contractual I Aportes a las obligaciones del componente	10%	30/04/24	9.1 OK 9.2 OK		

100%

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	Sofia Alarcon A.
C.C.	1000744222

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Yolma Guzman
C.C.	40.047.431

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOL JIDACION 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 trr A	3052355371	lalarconarbelaez@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-03	2024-03	I	08/04/2024	75814972	$441.600	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	189.600	0		0		0	3	500	0	190.100	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	242.700	0	0	0	0	3	700	0	243.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-6	8.000				8.000	3	100	8.100			80	8.100	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	189.600	190.100
Pensión	1	242.700	243.400
Riesgos Laborales	1	8.000	8.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	440.300	441.600

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

Resumen de pago

Descripción de compra
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Estado de la solicitud
Transacción aprobada

Tienda
COMPENSAR-OI

Fecha de solicitud
6 de abril de 2024

CUS
559330433

Referencia Nequi
M1593644

¿Cuánto?
$ 441.600,00

Valor de los impuestos
$ 0,00

Número de referencia 1
186.155.103.45

Número de referencia 2
CC

Número de referencia 3
1000794222

Factura de comercio
75814972

Tu plata salió de:

 Disponible

Ciudad: BOGOTA D.C Mes: ABRIL Día: 30 Año: 2024

CUENTA DE COBRO No. 03

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2024-DIMFPERIODISTAS-CON016

NOMBRE: ANYELA PATRICIA VELASQUEZ GUTIERREZ
CEDULA: 52.792.170
CUENTA BANCARIA: 275478741 BANCO: BOGOTA AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: ($2.211.631) DOS MILLONES DOSCIENTOS ONCE MIL SEISCIENTOS TREINTA Y UN PESOS M/CTE.
PERIODO: Fase Atención Abril 2024

CONCEPTO: APOYO PEDAGOGICO DIMF Kennedy Gestando Futuro Periodistas del Contrato N. 11006052024. Con 50 cupos

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

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

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($2.211.631) Dos millones doscientos once mil seiscientos treinta y un pesos M/Cte. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:
Yolima Guzmán Fajardo
Coordinadora
C.C. 40.443.431

Aprobado por:
Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,
Anyela Patricia Velásquez G
NOMBRE: Anyela Patricia Velásquez Gutiérrez
C.C. 52.792.170
Correo: pattyy_8014@hotmail.com
Dirección: Kr 109 A 69 B 60
Teléfono: 3178448463 / 3103409166

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 # 1100/605/2024

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	Amyda Patricia Velasquez Gallardo
CARGO	APOYO PEDAGOGICO UDS
PERIODO y FECHA	ABRIL

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	APOYO PEDAGOGIO : FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	3	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales	1.1 Planeación Grupal, mínimo de dos encuentros,durante el mes (Formato ICBF), "con las cuatro planeaciones de las áreas corespondientes" 1.2 Cartilla digital (parte uno: conociendonos al 100% diligenciada) 1.3 Cartilla digital (Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada) 1.4 Cartilla digital (Diligenciamiento de la parte cuatro: movilizacion social y gestion comunitaria semana SER COMO NIÑOS)	20%	29/04/24	1.1 : ok 1.2 : ok 1.3 : ok 1.4 : ok		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF	2.1. Planeacion Encuentro en el hogar (1) (cargada en cada uno de los cuadernos familiares) 2.2 Cronograma de Visitas, con las respectias Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/0 ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente. 2.3 Cartilla digital y unicamente las hojas 3, 9 y 10 para gestantes 18.	20%	29/04/24	2.1 : ok 2.2 : ok 2.3 : ok		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en fisico como en drive (50)	3.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA 3.4 Archivo Fisico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (participantes nuevos) 3.5 Archivo fisico y digital de los documentos de los egresos generados hasta el momento.	10%	29/04/24	3.1 : ok 3.2 : ok 3.3 : ok 3.4 : ok 3.5 : ok		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento	6.1 Apoyar en el seguimiento de novedades 2 por grupo de atencion	5%	29/04/24	6.1 : ok		
		7. Formato de ficha de caracterización de practicas y acciones f7	7.1 3 Apoyar en el diligenciamiento del archivo de excel de practicas (1 pestaña x UA) participantes nuevos	20%	29/04/24	7.1 : ok		
		8. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faliciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	8.1 Ambietación de espacios físicos de la UDS, "Jugando ando" por la celebracion del dia del niño resaltando los juegos tradicionales, cada dupla enviar fotos y videos. 8.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 8.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación."Celebracion del dia del niño	25%	29/04/24	8.1 : ok 8.2 : ok 8.3 : ok		
		TOTAL		100%				

FIRMA CONTRATISTA	Amyda Patricia Velasquez G.
NOMBRE:	Amyda Patricia Velasquez G.
C.C.	52.792.170

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Yolima Gomez
C.C.	40.443431

VoBo MMU.
Mayo 2/2024

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad / Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52792170		VELASQUEZ GUTIERREZ ANYELA PATRICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 106 N 64b-52	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3178448463	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-03	26459901	9465027749	I	2024/04/16	2024/04/17	BANCO DE OCCIDENTE	1	$377,800

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)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0
1	CC 52792170	VELASQUEZ ANYELA	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS008	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-11	30	$1,300,000	$6,800	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Tipo Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad/Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52792170		VELASQUEZ GUTIERREZ ANYELA PATRICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 106 N 64b-52	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3178448463	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-03	26459901	9465027749	I	2024/04/16	2024/04/17	BANCO DE OCCIDENTE	1	$377,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$200	$0	$208,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$208,000	$200	$0	$208,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,800	$100	$0	$6,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$6,800	$100	$0	$6,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$200	$0	$162,700
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$162,500	$200	$0	$162,700
TOTAL				1	$377,300	$500	$0	$377,800

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9488156733 BV: 759296
Cliente:113237 PLANILLAS AVAL Aportes en Linea Aros Compensar Asopagos Simple Mi Plan
Fecha: 17/04/2024 12:26:46
PAP: 909274
Nombre: ANGELA
Apellido 1: VELASQUEZ
NUM PLANILLA: 9465027749
TIPO DE IDENTIFICACION: CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO IDENTIFICACION: 52792170
PERIODO: 202403
Referencia: 9465027749Valor: $377.800,00

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: BOGOTA D.C Mes: ABRIL Día: 30 Año: 2024

CUENTA DE COBRO No. 01

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2024-DIMF KENNEDY

NOMBRE: JENIFER CONTRERAS YATE
CEDULA: 1.030.602.668
CUENTA BANCARIA: 095992756 **BANCO: BOGOTA AHORRO _X_ CORRIENTE ___**
LA SUMA DE: ($2.211.631) DOS MILLONES DOSCIENTOS ONCE MIL SEISCIENTOS TREINTA Y UN PESOS M/CTE.
PERIODO: Fase Atención Abril 2024

CONCEPTO: Apoyo Pedagógico DIMF Kennedy Gestando Futuro Periodista del Contrato N. 11006052024. Con 50 cupos

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

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

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($2.211.631) DOS MILLONES DOSCIENTOS ONCE MIL SEISCIENTOS TREINTA Y UN PESOS M/CTE. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Yolima Guzmán Fajardo
Coordinadora
C.C 40.443.431

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Jenifer Contreras Yate

NOMBRE: JENIFER CONTRERAS YATE
C.C. 1.030.602.668
Correo: contrerasyate02@hotmail.com
Dirección: Calle 52 sur # 97C - 20
Cel. 3234689889

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 # 1100/605/2024

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	ENIFER CONTRERAS
CARGO	APOYO PEDAGOGICO UDS
PERIODO y FECHA	ABRIL

					APOYO PEDAGOGIO :			
FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	3	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales	1.1 Planeación Grupal, mínimo de dos encuentros,durante el mes (Formato ICBF), "con las cuatro planeaciones de las áreas correspondientes" 1.2 Cartilla digital (parte uno: conociendonos al 100% diligenciada) 1.3 Cartilla digital (Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada) 1.4 Cartilla digital (Diligenciamiento de la parte cuatro: movilizacion social y gestion comunitaria semana SER COMO NIÑOS)	20%	30/04/24	1.1 ok 1.2 ok 1.3 ok 1.4 ok		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF	2.1. Planeacion Encuentro en el hogar (1) (cargada en cada uno de los cuadernos familiares) 2.2 Cronograma de Visitas, con las respectias Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/0 ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente. 2.3 Cartilla digital y unicamente las hojas 3, 9 y 10 para gestantes 18.	20%	30/04/24	2.1 ok 2.2 ok 2.3 ok		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en fisico como en drive (50)	3.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA 3.4 Archivo Fisico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (participantes nuevos) 3.5 Archivo fisico y digital de los documentos de los egresos generados hasta el momento.	10%	30/04/24	3.1 ok 3.2 3.5		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falla de algun documento	6.1 Apoyar en el seguimiento de novedades 2 por grupo de atencion	5%	30/04/24	6.1 ok		
		7. Formato de ficha de caracterización de practicas y acciones f7	7.1 3 Apoyar en el diligenciamiento del archivo de excel de practicas (1 pestaña x UA) participantes nuevos	20%	30/04/24	7.1		
		8. Generar espacios y ambientes enriquecidos que feliciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	8.1 Ambietación de espacios fisicos de la UDS, "Jugando ando" por la celebración del dia del niño resaltando los juegos tradicionales, cada dupla enviar fotos y videos. 8.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 8.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación."Celebracion del dia del niño	25%	30/04/24	8.1 ok 8.2 ok 8.3 ok		
		TOTAL		100%				

FIRMA CONTRATISTA	ENIFER CONTRERAS
NOMBRE:	ENIFFER CONTRERAS
C.C.	1.070.602668

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Yolima Guzman
C.C.	40443431

VoBo CMV
Mayo 2/2024

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 JENIFER CONTRERAS YATE, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 1.030.602.668 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 095992756, abierta/o desde el 15/6/2023.

Se expide en Bogotá el día 19 del mes de Abril del año 2024 con destino a: Jenifer

Firma Autorizada

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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14998856815

(415)7707212489984(8020) 000001499885681 5

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 3 0 6 0 2 6 6 8	2 0 0 9 1 2 0 7

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CONTRERAS	YATE	JENIFER	

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 76 SUR 18 A 76 IN 1

42. Correo electrónico contrerasyate02@hotmail.com

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

Usuarios aduaneros

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

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024 - 03 - 19 / 09 : 33: 17

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 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre CONTRERAS YATE JENIFER

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.030.602.668**
CONTRERAS YATE

APELLIDOS

JENIFER

NOMBRES

Jennifer Contreras Yate
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-DIC-1991**
SOACHA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

07-DIC-2009 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

P-1500150-00211272-F-1030602668-20100128 0020393990A 1 33302307

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1030602668
NOMBRES	JENIFER
APELLIDOS	CONTRERAS YATE
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS FAMISANAR S.A.S. -CM	SUBSIDIADO	01/05/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	04/19/2024 20:00:30	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado

Ciudad: BOGOTA D.C Mes: ABRIL Día: 30 Año: 2024

CUENTA DE COBRO No. 03

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2024-DIMFPERIODISTAS-CON011

NOMBRE: LUZ MARINA DIAZ CORREDOR
CEDULA: 51.746.897
CUENTA BANCARIA: 060375912 BANCO: BOGOTA AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: ($2.211.631) DOS MILLONES DOSCIENTOS ONCE MIL SEISCIENTOS TREINTA Y UN PESOS M/Cte.
PERIODO: Fase Atención Abril 2024

CONCEPTO: Apoyo pedagógico DIMF Kennedy Gestando Futuro Periodistas del Contrato N. 11006052024. Con 50 cupos

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

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

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($2.211.631) Dos millones doscientos once mil seiscientos treinta y un pesos M/Cte. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Yolima Guzman Fajardo
Coordinadora
C.C. 40.443.431

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,
LUZ MARINA DIAZ COREDOR
NOMBRE: Luz Marina Diaz Corredor
C.C. 51.746.897
DR. Carrera 75 # 36 – 43 sur
Tel. 322 604 53 63
Correo. Elvimar64@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 # 1100/605/2024

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	Luz Marina Diaz
CARGO	APOYO PEDAGOGICO UDS
PERIODO y FECHA	ABRIL

					APOYO PEDAGOGIO :			
FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	3	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales	1.1 Planeación Grupal, mínimo de dos encuentros,durante el mes (Formato ICBF), "con las cuatro planeaciones de las áreas correspondientes" 1.2 Cartilla digital (parte uno: conociendonos el 100% diligenciada) 1.3 Cartilla digital (Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada) 1.4 Cartilla digital (Diligenciamiento de la parte cuatro: movilizacion social y gestion comunitaria semana SER COMO NIÑOS)	20%	29/04/2024	1.1 : OK 1.2 : OK 1.3 : OK 1.4 : OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF	2.1. Planeacion Encuentro en el hogar (1) (cargada en cada uno de los cuadernos familiares) 2.2 Cronograma de Visitas, con las respectias Firmes - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/0 ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente. 2.3 Cartilla digital y unicamente las hojas 3, 9 y 10 para gestantes 18.	20%	29/04/2024	2.1 : OK 2.2 : OK 2.3 : OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en fisico como en drive (50)	3.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA 3.4 Archivo Fisico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (participantes nuevos) 3.5 Archivo fisico y digital de los documentos de los egresos generados hasta el momento.	10%	29/04/2024	3.1 : OK 3.2 : OK 3.3 : OK 3.4 : OK 3.5 : OK		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento	6.1 Apoyar en el seguimiento de novedades 2 por grupo de atencion	5%	29/04/2024	6.1 : OK		
		7. Formato de ficha de caracterización de practicas y acciones f7	7.1 3 Apoyar en el diligenciamiento del archivo de excel de practicas (1 pestaña x UA) participantes nuevos	20%	29/04/2024	7.1 : OK		
		8. Generar espacios y ambientes enriquecidos que fallolen el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	8.1 Ambietación de espacios fisicos de la UDS, "Jugando ando" por la celabracion del dia del niño resaltando los juegos tradicionales, cada dupla enviar fotos y videos. 8.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 8.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación."Celebracion del dia del niño	25%	29/04/2024	8.1 : OK 8.2 : OK 8.3 : OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Luz Marina Diaz
NOMBRE:	Luz Marina Diaz
C.C.	37168??

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Yolma Guzman
C.C.	40443.631

VBO Coord.
Mayo 2/2024

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

Señor(a): LUZ MARINA DIAZ CORREDOR
No. Identificación: CC51746897
Dirección: CL 36A 74 15 SUR
Telefono: 3226045363
Correo: elvimar64@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8376292919

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	LUZ MARINA DIAZ CORREDOR
Tipo y número de identificación	CC51746897
Número de planilla	8376292919
Fecha pago	2024-04-15
Número de autorización pago	72274029
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	marzo de 2024
Periodo de Cotización Pensión	marzo de 2024
Número de Administradoras	3
Total Pagado	237400
Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	2800	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	83200	1
EPS008	Compensar EPS	151400	2

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

EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008		0	0	0	0	0	86400	0	0	0	0
EPS008	25-14	520000	520000	520000	0	65000	0	83200	0	2800	0

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

Banco de Occidente

Punto de pago

RECIBO DE PAGO

Fecha de pago: 15/04/2024 **Hora:** 08:55:14

Id Comercio: 13496 **No. Terminal:** 2055

Id Trx: 20959876 **Id Aut:** 274029

Comercio: PDP BOGOTA PLAZA DE LAS AMERICAS

Dirección: CRA 78 35 07

RECAUDO DE FACTURAS

TRANSACCIÓN EXITOSA

Convenio: PLANILLA ASISTIDA COMPENSAR

Código convenio: 1138

Referencia de pago: 8376292919

Valor: $237.400.0

ORIGINAL

Corresponsal bancario para Banco de Occidente. La impresión de este tiquete implica su aceptación, verifique la información. Este es el único recibo oficial de pago. Requerimientos 018000 514652.

Powered by CamScanner

Ciudad: BOGOTA D.C Mes: ABRIL Día: 30 Año: 2024

CUENTA DE COBRO No. 03

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2024-DIMF KENNEDY-CON013

NOMBRE: LUZ OMAIRA SALAMANCA GUZMAN
CEDULA: 1.024.546.491
CUENTA BANCARIA: 450258918 **BANCO: BOGOTA AHORRO _X_ CORRIENTE ___**
LA SUMA DE: ($1.551.418) UN MILLÓN QUINIENTOS CINCUENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS DIECIOCHO PESOS M/CTE.
PERIODO: Fase Atención Abril 2024

CONCEPTO: Apoyo Pedagógico DIMF Kennedy Gestando Futuro Periodista del Contrato N. 11006052024. Con 50 cupos

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

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

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($1.551.418) UN MILLÓN QUINIENTOS CINCUENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS DIECIOCHO PESOS M/CTE. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Yolima Guzmán Fajardo
Coordinadora
C.C 40.443.431

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Omaira Salamanca

NOMBRE: Luz Omaira Salamanca Guzmán
C.C. 1.024.546.491
Dirección: Calle 52 sur # 97C - 20
Cel. 3234689889
Correo: contrerasyate02@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 # 1100/605/2024

PROYECTO	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	Luz Omaira Salamanca Guzman
CARGO	APOYO PEDAGOGICO UDS
PERIODO y FECHA	ABRIL

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	APOYO PEDAGOGICO: FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	3	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales	1.1 Planeación Grupal, mínimo de dos encuentros,durante el mes (Formato ICBF), "con las cuatro planeaciones de las áreas corespondientes" 1.2 Cartilla digital (parte uno: conociendonos al 100% diligenciada) 1.3 Cartilla digital (Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada) 1.4 Cartilla digital (Diligenciamiento de la parte cuatro: movilizacion social y gestion comunitaria semana SER COMO NIÑOS)	20% 10%	16/04/2024	1.1 OK 1.2 OK 1.3 OK 1.4 OK		Entrego los 3 Grupales de las 3 Semana Faltan las Semana de la 3 Semana
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF	2.1. Planeacion Encuentro en el hogar (1) (cargada en cada uno de los cuadernos familiares) 2.2 Cronograma de Visitas, con las respectias Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/0 ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente. 2.3 Cartilla digitel y unicamente las hojas 3, 9 y 10 para gestantes 18.	20% 5%	16/04/2024	2.1 OK 2.2 OK 2.3 OK		Entrego 15
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en fisico como en drive (50)	3.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA 3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (participantes nuevos) 3.5 Archivo físico y digital de los documentos de los egresos generados hasta el momento.	10% 5%	16/04/2024	3.1 OK 3.2 OK 3.3 OK 3.4 OK 3.5 OK		Faltan 18 Por organizar
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento	6.1 Apoyar en el seguimiento de novedades 2 por grupo de atencion	5% 2.5%	16/04/2024	6.1 OK		Novedad 1 y 2 Semana
		7. Formato de ficha de caracteriación de practicas y acciones f7	7.1 3 Apoyar en el diligenciamiento del archivo de excel de practicas (1 pestaña x UA) participantes nuevos	~~20%~~ 0%	16/04/2024	7.1 OK		N/A
		8. Generar espacios y ambientes enriquecidos que falciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	8.1 Ambietación de espacios físicos de la UDS, "Jugando ando" por la celebracion del dia del niño resaltando los juegos tradicionales, cada dupla enviar fotos y videos. 8.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 8.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación."Celebracion del dia del niño	25% 12.5%	16/04/2024	8.1 OK 8.2 OK 8.3 OK		Entrego los 4 Semanas
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Omaira Salamanca.
NOMBRE:	Luz Omaira Salamanca G
C.C.	1.026.546.491

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Tatiana Guzman
C.C.	40.447.431

VOBO EAMU
Mayo 2/2024

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-03	76338744	946518775?	I	2024/04/19	2024/04/26	BANCO DE OCCIDENTE	7	$405,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES												PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$26,000			$1,300,000	$6,800		$0	$0		$403,300
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$26,000			$1,300,000	$6,800		$0	$0		$403,300
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$26,000			$1,300,000	$6,800		$0	$0		$403,300
1	CC	1024546491	SALAMANCA LUZ																	23D301	30	$1,300,000	$208,000	EPS005	30	$1,300,000	$162,500	CCF24	30	$1,300,000	$26,000	14-11	30	$1,300,000	0.522%	$6,800	30	$0	$0	No	$403,300
Total	Afiliados(1)																					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$26,000			$1,300,000	$6,800		$0	$0		$403,300

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-03	76338744	946518775?	I	2024/04/19	2024/04/26	BANCO DE OCCIDENTE	7	$405,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$1,300	$0	$209,300
PORVENIR	23D301	800,224,808	8	1	$208,000	$1,300	$0	$209,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,800	$100	$0	$6,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$6,800	$100	$0	$6,900
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$26,000	$200	$0	$26,200
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$26,000	$200	$0	$26,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$1,000	$0	$163,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$162,500	$1,000	$0	$163,500
TOTAL				1	$403,300	$2,600	$0	$405,900

ABR 26 2024 13:51:01 REMOCT 10
EXITO GRAN ESTACION
CCO GRAN ESTACION PSO 1
CORRESPONSAL
BANCO DE OCCIDENTE
C.UNICO: 0011918760 TER: JAAA0856
C.BANC: 0023
ID CAJERO: 0065784590
RECIBO: 005448 RRN: 010266
RECAUDO APRO: 066380
SERVICIO: 00001506
FACTURA: 0000000000000009465187757
** PAGO FACTURA **
TRANSACCION EXITOSA
RECAUDO $ 405.900

BANCO DE OCCIDENTE es responsable por los servicios prestados por el CB. El CB no puede prestar servicios financieros p cuenta.
Para reclamos comuníquese a:
01 8000514652
CONSERVE ESTA TIRILLA COMO SOPORTE.
*** CLIENTE ***

Fecha de diligenciamiento	Día 16	Mes 04	Año 2023
Fecha de Terminación de Contrato	Día 16	Mes 04	Año 2023

1. INSTRUCCIONES

Formalizar la entrega del puesto de trabajo por desvinculación definitiva o reubicación del contratista mediante el diligenciamiento del presente Acta de Entrega de Puesto de Trabajo.

Solicitamos diligenciar completamente la presente Acta en compañía de su superior inmediato. En ella debe relacionar los asuntos de su competencia y el estado de cada uno de ellos.

Dentro de la Entrega del Puesto de Trabajo queda establecido:

1. Los Contratistas deben entregar toda la información electrónica y en físico relacionada con el ejercicio de las funciones.
2. Los contratistas deben legalizar la entrega y recepción de activos fijos.
3. Ningún contratista se llevará los equipos de cómputo de una dependencia a otra. Debe hacer entrega del equipo de cómputo. Esto incluye los equipos portátiles.
4. El acta de entrega del puesto de trabajo debe tener el visto bueno del Coordinador responsable del programa al que pertenece, según el caso.

Nota: la entrega del puesto de trabajo será un requisito para obtener el Paz y Salvo.

2. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA QUE ENTREGA

NOMBRE: luz omaira Salamanca	CEDULA: 1.024.546.491	CARGO: Apoyo Pedagogico
NOMBRE SUPERIOR INMEDIATO: Yolima Guzman		
DEPENDENCIA/PROGRAMA: DIMF		
SEDE: Periodistas		

3. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA QUE RECIBE

NOMBRE: Yolima Guzman	CARGO: Coordinadora
NOMBRE SUPERIOR INMEDIATO: Eliana Moreno	
DEPENDENCIA/PROGRAMA: DIMF	
SEDE: Unidad Periodistas	

4. DESCRIPCIÓN DE LA ENTREGA

1. Detalle los asuntos pendientes de tramitar que sean de su directa competencia y responsabilidad. Anexe listado en caso de que este espacio no sea suficiente.
2. Relacione las carpetas o expedientes que integran el archivo físico que debe entregar, así como la información contenida en medios magnéticos o electrónicos.

Bogota

16 Abril 2024

Por medio de la presente me permito presentar mi carta de renuncia al cargo de apoyo pedagogico en la Unidad de Periodistas.
lo que sucede es que me salio una oportunidad laboral que va de la mano con la carrera que estoy estudiando.

de ante mano agradezco por todo, y por la oportunidad brindada.

ATT: Omaira Salamanca.
C.C: 1024546491.

Ciudad: BOGOTA D.C Mes: ABRIL Día: 30 Año: 2024

CUENTA DE COBRO No. 02

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2024-DIMFPERIODISTAS-CON018

NOMBRE: MARTHA CECILIA GARZON
CEDULA: 51.930.289
CUENTA BANCARIA: 132163429 BANCO: BOGOTA AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: ($2.211.631) DOS MILLONES DOSCIENTOS ONCE MIL SEISCIENTOS TREINTA Y UN PESOS M/Cte.
PERIODO: Fase Atención Abril 2024

CONCEPTO: Apoyo pedagógico DIMF Kennedy Gestando Futuro Periodistas del Contrato N. 11006052024. Con 50 cupos

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

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

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($2.211.631) Dos millones doscientos once mil seiscientos treinta y un pesos M/Cte. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Yolima Guzman Fajardo
Coordinadora
C.C. 40.443.431

Aprobado por:

Ana Rocio Quiroz Manrique.
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: Martha Cecilia Garzon
C.C. 51.930.289
DR. Carrera 78 M #6-53
Tel. 3223347540
Correo: marisag14@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 # 1100/605/2024

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	Martha Garzon
CARGO	APOYO PEDAGOGICO UDS
PERIODO y FECHA	ABRIL

					APOYO PEDAGOGIO :			
FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	PUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	3	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales	1.1 Planeación Grupal, minimo de dos encuentros,durante el mes (Formato ICBF), "con las cuatro planeaciones de las áreas corespondientes" 1.2 Cartilla digital (parte uno: conociendonos al 100% diligenciada) 1.3 Cartilla digital (Hoja correspondiente al Cronograme de encuentros diligenciada) 1.4 Cartilla digital (Diligenciamiento de la parte cuatro: movilizacion social y gestion comunitaria semana SER COMO NIÑOS)	20%	29/04/24	1.1 : ok 1.2 : ok 1.3 : ok 1.4 : ok		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de minimo 60 minutos de formación (DIMF	2.1. Planeacion Encuentro en el hogar (1) (cargada en cada uno de los cuadernos familiares) 2.2 Cronograma de Visitas, con las respectias Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/0 ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atención correspondiente. 2.3 Cartilla digital y unicamente las hojas 3, 9 y 10 para gestantes 18.	20%	29/04/24	2.1 : ok 2.2 : ok 2.3 : ok		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en fisico como en drive (50)	3.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA 3.4 Archivo Fisico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (participantes nuevos) 3.5 Archivo fisico y digital de los documentos de los egresos generados hasta el momento.	10%	29/04/24	3.1 : ok 3.2 : ok 3.3 : ok 3.4 : ok 3.5 : ok		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento	6.1 Apoyar en el seguimiento de novedades 2 por grupo de atencion	5%	29/04/24	6.1: ok		
		7. Formato de ficha de caracterización de practicas y acciones f7	7.1 3 Apoyar en el diligenciamiento del archivo de excel de practicas (1 pestaña x UA) participantes nuevos	20%	29/04/24	7.1 : ok		
		8. Generar espacios y ambientes enriquecidos que falciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	8.1 Ambieteción de espacios fisicos de la UDS, "Jugando ando" por la celabracion del dia del niño resaltando los juegos tradicionales, cada dupla enviar fotos y videos. 8.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 8.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación."Celebracion del dia del niño	25%	29/04/24	8.1 : ok 8.2 : ok 8.3 : ok		
		TOTAL		100%				

FIRMA CONTRATISTA	Martha C Garzón
NOMBRE:	Martha Garzón
C.C.	51930 239

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Johanna Garzon
C.C.	40.443.631

VOBO EMMU
Mayo 2/2024

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

Señor(a):	MARTHA CECILIA GARZON
No. Identificación:	CC51930289
Dirección:	CARRERA 52 A NO 39 24 SUR BARRIO ALQUERIA
Telefono:	2301113
Correo:	marisag14@hotmail.com
Ciudad:	BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla:	8376292527

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	MARTHA CECILIA GARZON	Número de Empleados	1
Tipo y número de identificación	CC51930289	Periodo de Cotización Salud	marzo de 2024
Número de planilla	8376292527	Periodo de Cotización Pensión	marzo de 2024
Fecha pago	2024-04-17	Número de Administradoras	3
Número de autorización pago	3279767	Total Pagado	2[illegible]00
Banco	1023	Total Intereses de Mora	0

PAGADA

8376292527

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
[illegible]11	ARL SURA	[illegible]200	1
230201	Proteccion (ING a Proteccion)	[illegible]1000	1
EPS008	Compensar EPS	8[illegible]00	1

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

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACION SALUD	VALOR UPC	COTIZACION PENSION	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACION RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	230201	693334	693334	693334	0	86700	0	111000	0	3700	0

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

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.593-1

ORDEN DE SERVICIO

[illegible]

Fecha: 17/04/2024 12:03:2[illegible]
Pais: 900593
Nombre: martinacastilla
Apellidos: serrano
Num Planilla: 8376[illegible]
Tipo de Identificacion: CEDULA DE CIUDADANIA
Numero Identificacion: 51930[illegible]
Periodo: 202405
Valor: $[illegible] $201.400,00

Para [illegible] usuarios con el [illegible] de este recibo, es el [illegible] valido en o Atencion cualquier [illegible] reclamacion.

Para reclamos, Dnes Presente este recibo, Tel. (1) (510101), [illegible]@efecty.com.co. www.efecty.com.co

Ciudad: BOGOTA D.C Mes: ABRIL Día: 30 Año: 2024

CUENTA DE COBRO No. 03

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2024-DIMFPERIODISTAS-CON014

NOMBRE: YULIETH NATALIA MUÑOZ ZAMORA
CEDULA: 1.032.492.656
CUENTA BANCARIA: 130204985 BANCO: BOGOTA AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: ($2.211.631) DOS MILLONES DOSCIENTOS ONCE MIL SEISCIENTOS TREINTA Y UN PESOS M/Cte.
PERIODO: Fase Atención Abril 2024

CONCEPTO: Apoyo pedagógico DIMF Kennedy Gestando Futuro Periodistas del Contrato N. 11006052024. Con 50 cupos

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

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

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($2.211.631) Dos millones doscientos once mil seiscientos treinta y un pesos M/Cte. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Yolima Guzman Fajardo
Coordinadora
C.C. 40.443.431

Aprobado por:

Ana Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,
Natalia Muñoz

NOMBRE: Yulieth Natalia Muñoz Zamora
C.C. 1.032.492.656
DR. Calle 2 a bis a #53 a 74
Tel. 3144270114
Correo. nathumunoz@gmail.com

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

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO POR CARGO
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
CTO # 1100/605/2024

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	Yuleth Natalia Muñoz Zamora
CARGO	APOYO PEDAGOGICO UDS
PERIODO y FECHA	ABRIL

					APOYO PEDAGOGICO :		
FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	3	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales	1.1 Planeación Grupal, mínimo de dos encuentros,durante el mes (Formato ICBF), "con las cuatro planeaciones de las áreas corespondientes" 1.2 Cartilla digital (parte uno: conociendonos al 100% diligenciada) 1.3 Cartilla digital (Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada) 1.4 Cartilla digital (Diligenciamiento de la parte cuatro: movilización social y gestion comunitaria semana SER COMO NIÑOS)	20%	29/04/2024	1.1 OK 1.2 OK 1.3 OK 1.4 OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF	2.1. Planeacion Encuentro en el hogar (1) (cargada en cada uno de los cuadernos familiares) 2.2 Cronograma de Visitas, con las respectias Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/0 ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente. 2.3 Cartilla digital y unicamente las hojas 3, 9 y 10 para gestantes 18.	20%	29/04/2024	2.1 OK 2.2 OK 2.3 OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en físico como en drive (50)	3.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA 3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (participantes nuevos) 3.5 Archivo fisico y digital de los documentos de los egresos generados hasta el momento.	10%	29/04/2024	3.1 OK 3.2 OK 3.3 OK 3.4 OK 3.5 OK		
		6. Entrega del Formato de novedades por inesistencia, gripa, o falta de algun documento	6.1 Apoyar en el seguimiento de novedades 2 por grupo de atencion	5%	29/04/2024	6.1 OK		
		7. Formato de fiche de caracterización de practicas y acciones f7	7.1 3 Apoyar en el diligenciamiento del archivo de excel de practicas (1 pestaña x UA) participantes nuevos	20%	29/04/2024	7.1 OK		
		8. Generar espacios y ambientes enriquecidos que laliciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	8.1 Ambietación de espacios físicos de la UDS, "Jugando endo" por la celabracion del dia del niño resaltando los juegos tradicionales, cada dupla enviar fotos y videos. 8.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 8.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para le ambientación."Celebracion del dia del niño	25%	29/04/2024	8.1 OK 8.2 OK 8.3 OK		
		TOTAL		100%				

FIRMA CONTRATISTA	Natalia Muñoz
NOMBRE:	Yuleth Natalia Muñoz.
C.C.	1032492656.

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Yolima Guzman
C.C.	40.447.431

VO BO GAMU
Mayo 2/2024

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

Señor(a): YULIETH NATALIA MUÑOZ ZAMORA
No. Identificación: CC1032492656
Dirección: CALLE 2 A BIS A # 53A 74
Telefono: 5488648
Correo: nathumunoz@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8376371703

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	YULIETH NATALIA MUÑOZ ZAMORA	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC1032492656	**Periodo de Cotización Salud**	marzo de 2024
Número de planilla	8376371703	**Periodo de Cotización Pensión**	marzo de 2024
Fecha pago	2024-04-18	**Número de Administradoras**	3
Número de autorización pago	1000000002	**Total Pagado**	379700
Banco	1001	**Total Intereses de Mora**	2400

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	6900	1
230301	Porvenir	209300	1
EPS008	Compensar EPS	163500	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1032492656
APELLIDOS Y NOMBRES: YULIETH NATALIA MUÑOZ ZAMORA

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	1300000	1300000	1300000	0	162500	0	208000	0	6800	0

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

Ciudad: BOGOTA D.C **Mes: ABRIL** **Día: 30** **Año: 2024**

CUENTA DE COBRO No. 03

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
APC2024-DIMFPERIODISTAS CON002

NOMBRE: LUZ ADRIANA ROCHA ALMANZA
CEDULA: 1.098.619.826
CUENTA BANCARIA: 033267592 BANCO: BOGOTA AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: ($ 2.580.200): DOS MILLONES QUINIENTOS OCHENTA MIL DOSCIENTOS PESOS M/Cte.
PERIODO: Fase Atención Abril 2024

CONCEPTO: Auxiliar Administrativa DIMF Kennedy Gestando Futuro Periodistas – Triunfadoras del Contrato N. 11006052024. Con 350 cupos

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

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI ___ NO 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: ($2.580.200) Dos millones quinientos ochenta 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:
Yolima Guzman Fajardo
Coordinadora
C.C. 40.443.431

Aprobado por:
Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,
LUZ ADRIANA ROCHA ALMANZA.
NOMBRE: Luz Adriana Rocha Almanza
C.C. 1.098.619.826
DR: Ak 80 G #6-19 Conjunto Altavista TO 6 APTO 605
Tel. 3058099400
Correo. luad_2@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 # 11006052024

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	LUZ ADRIANA ROCHA ALMANZA
CARGO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO
PERIODO y FECHA	ABRIL

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
FASE ATENCION	3	1. Apoyar la organización documental del Talento Humano.	1.2. Verificación de Polizas, Talento Humano Nuevo. 1.3. Verificación de afiliación de Seguridad Social, Talento Humano Nuevo	5%	29/4	1.2 OK 1.3 OK		
		2. Manejo, registro e informe de plataforma CUENTAME **Nota aclaratoria:** No se puede egresar participantes sin la toma de talla y peso.	2.1. Cargue de :Participantes Nuevos _____ de la UDS delegada 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)	25%	29/4	2.1 OK 2.2 OK 2.3 OK 2.4 OK		
		3. Sistematización de la informacion relacionada con los participantes.	3.1. Directorio de los participantes actualizado de la UDS delegada, Mes de Abril 3.2. Actualización de formatos RAM, Refrigerios, Bienestarina y entregada de RPP	10%	29/4	3.1 OK 3.2 OK		
		4. Organizar el archivo fisico y garantizar la Seguridad de la Información de los participantes	4.1. Archivo fisico de la UDS delegada (Oficios de gestión, actas de equipo, en el marco de los componentes) 4.2. Carpetas de los participantes vinculados a la UDS.____ Participantes.	5%	29/4	4.1 OK 4.2 OK		
		5. Construcción de la nómina recepcion y verificación de la documentación para formalización.	5.1. Formato de nómina en excell. 5.2. Chek list de nómina por cargo (100% de los soportes relacionados) de la UDS asignada.	10%	29/4	5.1 OK 5.2 OK		
		6. Organización de formatos y material requerido para la operación del programa.	6.1. Seguimiento, solicitud de Copias 6.2. Formato de solicitud de materiales didactico y de consumo. 6.3. Formato de solicitud de aseo. 6.4. Kardex de ingresos a la bodega y egreso, (Materiales y Dotación)	10%	29/4	6.1 OK 6.2 OK 6.3 OK 6.4 OK		
		7. Solicitud de Refrigerios, Semanal	7.1. Kardex de ingresos y egresos de pedidos de refrigerios 7.2 Consolidado del mes 7.3 Diligenciamiento en el drive de la solicitud de pedidos de refrigerios semanal (jueves de cada semana)	15%	29/4	7.1 OK 7.2 OK 7.3 OK		
		8. Custodia y control de los equipos de computo e impresión.	8.1.Relación de fotocopiado e impresiones	5%	29/4	8.1 OK		
		9. Inventarios 2024	9.1. Inventario APC	5%	29/4	9.1 OK		
		10. Organización y relación de servicios públicos.	10.1 Formato de relación servicios públicos. 10. 2 Organización AZ con los servicios correspondientes a la UDS.	5%	29/4	10.1 OK 10.2 OK		
		11. Organización y relación de servicios públicos.	11.1 F8 CONTRACTUAL parte .4 obligaciones contractuales registro y presentacion de la información	5%	29/4	RESPONSABLE MES ABRIL ADMINISTRATIVO GRAN BRITALIA		

FIRMA CONTRATISTA	LUZ ADRIANA ROCHA
NOMBRE:	LUZ ADRIANA ROCHA
C.C.	1.098.619.826

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Yolima Gizmen
C.C.	40.443.431

APROBADO
Mayo 2/2024.

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	1098619826	LUZ ADRIANA ROCHA ALMANZA		AK 80 G 6-19	6015865932	luad_2@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	
2024-03	2024-03	I	08/04/2024	76205817	$378.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	162.500	0		0		0	3	500	0	163.000	1

TOTALES PENSION

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING - Proteccion)	8[illegible]39-0	208.000	0	0		0	3	600	0	208.600	

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	8[illegible]0	[illegible]				[illegible]800		[illegible]100	[illegible]900			68	6.900	

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	162.500	163.000
Pensión	1	208.000	208.600
Riesgos Laborales	1	6.600	6.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	377.300	378.500

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1098619826	LUZ ADRIANA ROCHA ALMANZA		AK 80 G 6-19	6015865932	luad_2@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	
2024-03	2024-03	I	08/04/2024	76206817	$376.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES													PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF		PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotiza	Depto	Ciudad	Colombia	IGE	IRL	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	COMENTARIOS	Cód. AFP	RIC AFP	Cotización	Volunt. a Afiliado	Volunt. a Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	RIC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	RIC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	RIC CCF	Aporte CCF	RIC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1098619826	ROCHA ALMANZA LUZ ADRIANA	59	0		SI																23020	1.300.000	205.000	0	0	0	0	EPS005	1.300.000	162.500	14-11	1.300.000	I	6.800		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 846202

lunes, 08 de abril de 2024, 3:38:46 PM

Detalle

$378,500.00

Valor Pagado

IVA incluído:	$0.00
Pago a:	COMPENSAR-OI
Débito desde:	Cuenta de ahorros ******7592
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Fecha y hora inicio transacción	2024-04-08 3:36:57
NIT del comercio	9998600669427
Número de factura	76205617
Código Único de Seguimiento	563154709
Dirección IP:	190.27.163.228
Referencia 1:	190.27.163.228
Referencia 2:	CC
Referencia 3:	1098619826

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO POR CARGO
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
CTO # 1100/605/2024

MODALIDAD	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	Yulmar Cortejo J
CARGO	APOYO PEDAGOGICO UDS
PERIODO y FECHA	ABRIL

					APOYO PEDAGOGICO :		
FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	3	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales	1.1 Planeación Grupal, mínimo de dos encuentros,durante el mes (Formato ICBF), "con las cuatro planeaciones de las áreas corespondientes" 1.2 Cartila digital (parte uno: conociendonos al 100% diligenciada) 1.3 Cartilla digital (Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada) 1.4 Cartila digital (Diligenciamiento de la parte cuatro: movilizacion social y gestion comunitaria semana SER COMO NIÑOS)	20%	29/04/2024	1.1 : OK 1.2 : OK 1.3 : OK 1.4 : OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF	2.1. Planeacion Encuentro en el hogar (1) (cargada en cada uno de los cuadernos familiares) 2.2 Cronograma de Visitas, con las respectias Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/0 ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente. 2.3 Cartilla digital y unicamente las hojas 3, 9 y 10 para gestanles 16.	20%	24/04/2024	2.1 : OK 2.2 : OK 2.3 : OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en fisico como en drive (50)	3.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA 3.4 Archivo Fisico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (participantes nuevos) 3.5 Archivo fisico y digital de los documentos de los egresos generados hasta el momento.	10%	24/04/2024	3.1 : OK 3.2 : OK 3.3 : OK 3.4 : OK 3.5 : OK		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento	6.1 Apoyar en el seguimiento de novedades 2 por grupo de atencion	5%	29/04/2024	6.1 OK		
		7. Formato de ficha de caracterización de practicas y acciones f7	7.1 3 Apoyar en el diligenciamiento del archivo de excel de practicas (1 pestaña x UA) participantes nuevos	20%	24/04/2024	7.1 OK		
		8. Generar espacios y ambientes enriquecidos que feliciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	8.1 Ambietación de espacios fisicos de la UDS, "Jugando ando" por la celebracion del dia del niño resaltando los juegos tradicionales, cada dupla enviar fotos y videos. 8.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 8.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación,"Celebracion del dia del niño	25%	24/04/2024	8.1 : OK 8.2 : OK 8.3 : OK		
		TOTAL		100%				

FIRMA CONTRATISTA	Yulmar Cortejo J
NOMBRE:	Yulmar Cortejo J
C.C.	1143377320

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Yolima Guzman
C.C.	40.446.431

VoBo EMMO
Mayo 2/2024