TALENTO HUMANO

FASE ATENCION

JULIO DE 2024

CONTRATO

DIMF

KENNEDY

11006052024

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

PROVEEDOR	TIPO DE IDENTIFICACION	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN PROVEEDOR	CARGO	SOPORTE	DESCRIPCION SOPORTE	COMPROBANTE 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
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
Veidy Yurany Daza Salgado	Cc	52.973.254	Agente Educativo Perfil 1	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.519.800	$ 24.341	$ 2.495.459
Ana Herlinda Camacho Sanchez	Cc	59.664.914	Agente Educativo Perfil 2	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.252.250	$ 21.757	$ 2.230.493
Maryory Johanna Mayoral Cerquera	Cc	52.517.201	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
Johanna Andrea Contreras Marin	Cc	53.077.091	Nutricionista	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 3.359.800	$ 32.456	$ 3.327.344
Sindy Paola Plata Nieto	Cc	52.762.693	Nutricionista	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.519.850	$ 24.342	$ 2.495.508
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
Kareith Jeanneth Junco	Cc	52.932.783	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
Myriam Angelica Luengas Velasco	Cc	52.481.438	Auxiliar Administrativa	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.211.631	$ 21.364	$ 2.190.267
Diana Margarita Morales Arrieta	Cc	52.356.915	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
Joselito Rodriguez Galeano	Cc	1.116.916.542	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
Martha Cecilia Garzon	Cc	51.930.289	Apoyo Pedagogico	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.211.631	$ 21.364	$ 2.190.267
Yuliana Patricia Cienfuegos Perez	Cc	1.143.377.520	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								**$ 95.341.584**	**$ 921.000**	**$ 94.420.584**

PRESUPUESTO	$	95.341.850
DIFERENCIA	$	266

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

CUENTA DE COBRO No. 6

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 julio 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 # 1100/909/2024

PROGRAMA	SAT GESTIONDEL RIESGO
NOMBRE	Emilce Reyes
CARGO	COORDINADOR
PERIODO y FECHA	JULIO

FASE	PRODUCTO	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCIÓN JULIO	6	1. Informe Técnico, que de cuenta de la ejecución de cada uno de los componentes en el primer mes de Atención	1.1 Formato B contractual (El entregable, descargado de la delegada Cecilia Amelia) 1.2. Organización Drive x Unidad con los estándares del Contractual y cargar los soportes Existentes. 1.3 Formato B Accesos Ila Semana de cada Mes	20%	Julio	OK		
		2. Velar por mantención el fly tener al día el archivo de los mismos	2.1. Matriz de Talento Humano Actualizada - Con Egresos e Ingresos ocurridos en el mes	5%	Julio	OK		
		3. Organizar, Monitorear e informar las especificaciones de la cobertura y población a atender	3.1 Formato Certificación de Cobertura 3.2 Formato población Migrante 3.3 Formato Desplazados 3.4. Formato Metas Sociales	10%	Julio	OK		
		4. Novedades de Ingresos y egresos Durante el mes de Junio	4.1 Formato de Novedades de la UDS _____ Casos, junto con sus soportes	5%	Julio	OK		
		5. Mantener al día el Kardex/ Ad Cuerdame al 100% Mensual :/ Nota aclaratoria: No se puede agenar participantes de Julio a la toma de talla y peso	5.1. Cargue de Participantes Nuevos _____ de la UDS delegada 100% 5.2. Cargue del 100% Mensual, participantes Nuevos _____ 5.3. Actualización de Talento Humano Nuevo 5.4. Cargue de Formación al 100%. (8 formaciones por persona)	5%	Julio	OK		
		6. Organizar, Monitorear y acompañar * Entrega de RIPP * Entrega de Refrigerios	6.1. Formato RIPP - 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%	Julio	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 Físicos para verificar organizados en una AZ legajados por unidad)	15%	Julio	OK		
		8. Construcción de la rúbrica receptora y verificación de la documentación para formalización	8.1. Formato de rúbrica en excel 8.2. Chats de la semana por rango (100% de los soportes relacionados) de la UDS asignad 8.3. Certificación de cumplimiento de las 18 Personas del equipo (Verificadas Técnica)	10%	Julio	OK		
		9. Monitorear y acompañar el proceso de Inventarios 2024	9.1 Realizar la consolidación de los inventarios en el excel correspondiente, de lo recibido por esperanza y progreso, verificando lo que esta en la sede relacionado en un color por sede en lo cargado en el excel Para el mes de febrero 9.2 Actualizar el Inventario de equipos Audiovisuales y Electrónicos entregados por APC, con la que legaliza tanto el mes. Ila validará 1ra semana del mes	5%	Julio	OK		
		10. Programación General	10.1 Encuentro de la unidad _ Encuentro grupales 10.2 Encuentro visitas _ Por Duplo 10.3 Proyección _ Grupos de Estudio, con Planeación, Acta, Registro fotográfico	5%	Julio	OK		
		11. Kit Con DIA	11.1 Organización carpetas Unidas programadas (Unidad) 11.2 Incluir las dias de avances de acuerdo a los estándares F 25. Buenas prácticas ambientales IIIa Semana del mes	5%	Julio	OK		
		12. Asegurar y mantener el orden y la limpieza	12. Asegurar y mantener el orden y la limpieza	2%				
				TOTAL 100%				

FIRMA CONTRATISTA	Emilce Reyes
NOMBRE:	Emilce Reyes
C.C.	52.357.450 BTA

FIRMA COORDINADORA	Elana Herrera
NOMBRE:	
C.C.	52.357.450 BTA

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	
CC	[illegible]	EMILCE ROJAS AGUILAR		KR 72 H 30 B 65 SUR	3215231306	EMILCEROJAS7@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		DIGNERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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		
2024-08	2024-08	1	12/09/2024	78539697	$193.800		

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	Aport. Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-4	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 Mora Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	830039790-0	6.700				6.700	0	0	6.700			67	6.700	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 SGE, LMA, IGP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	208.400	208.400
Pensión	1	266.700	266.700
Riesgos Laborales	1	6.700	6.700
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

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	
CC	1127[illegible]76	EMILCE ROJAS AGUILAR		KR 72 H 38 BIS 03 SUR	3213031306	EMILCEROJAST5@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		NUMERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	APO
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-08	2024-08	1	12/09/2024	10139107	$483.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza en el exterior	Convenio	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días COT	IBC APO	IBC APF	Cot. APF	Tarifa APF	Aporte APF	Cot. AFC	Tarifa AFC	Aporte AFC	Fondo para el pago de subsistencia	Fondo para el pago de subsistencia	Cod. EPS	IBC EPS	Cotiza en el Valle UPC	Cod. ARL	IBC ARL	Clase de riesgo	Tarifa	Cotización	Aplica CCF	IBC CCF	Tarifa CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1127[illegible]76	[illegible] EMILCE	29	0																				30	1.483.900	1.483.900	12	16	237.400				0	0	EPS041	1.483.900	1.483.900	14-11	1.483.900	1	0.700		0		0	1	0	0	0	0	0

PAGADA

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

S

serviciopse@ac... 11 jul.

para mí



¡Hola, emilce rojas aguilar!

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

Estado de la Transacción: **Aprobada**
CUS: 770597638
Empresa: COMPENSAR-01
Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Valor de la Transacción: $ 483.800
Fecha de Transacción: 11/07/2024

Ten en cuenta estos tips de seguridad

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

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

CUENTA DE COBRO No. 6

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 JULIO 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 # 1300/035/2024

PROGRAMA	DAF EXPANSION FUTURO RENTOY
NOMBRE	Ana Maria Barragan
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	JULIO

FASE	PASO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION (MES)	6	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación y archivo al drive correspondiente del Grupo de Atención	1.1 Planeación Grupal, con los cuatro planeadores de las áreas correspondientes (Formato CBF) (Primer lunes del mes) 1.2 Cartilla digital i. Parte uno: consolidandose al 100% diligenciada ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada iii Diligenciamiento de la parte dos: Participación de Practicas iv. Diligenciamiento de la recolección social: Julio Familias que gestan futuro	15%	JULIO	4 planeac.		
		2. Desarrollar de manera practica, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DAF) **Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación, tomar en cuenta la planeación en los mismos pasos**	2.1. **Planeacion Encuentro en el hogar** (1 por cada participante - cargada en en el cuaderno digital en el drive correspondiente - de acuerdo al grupo atareo) - Historico. 2.2 **Cronograma de visitas**, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de las 56 jos ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atención correspondiente 2.3 **Cartilla digital Parte uno.** i. Consolidandose al 100% diligenciada. ii. Hoja correspondiente al Cronograma de los encuentros diligenciada. iii. Seguimiento al desarrollo, escala de valoración iv. Aplicacion de escalas (Ingresos Abril-JULIO Periodistas) v. Sistalizacion de Escalas (Ingresos Abril) (JUDI Periodistas)	15%	JULIO	OK OD		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentación requerida tanto en física como en drive (SI)	3.1 Formato de uso de imagenes y de reunion de CBF 3.2 Formato compromiso entrega de documentos a todos los participantes	5%	JULIO	OK		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo el ultimo viernes de cada mes los ingresos y egresos ____ durante el mes de Julio	4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes Julio. **(Primera semana del mes)** 4.2 Soportes de egreso (con la aprobación de la coordinación). (Primera semana del mes) 4.3 Soportes de ingreso **(soportes mínimos solicitados al área correspondiente: RC del participante, cédula del acudiente, recibo de servicio público de la vivienda)** (Primera semana del mes)	15%	JULIO	3 NUEVOS		
		5 Entrega de Formatos de Rian, Refrigerios, Rips y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras	5.1 Formato Rian 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 o enmendaduras	15%	JULIO	OK		
		6. Entrega del Formato de novedades por ausencia, gripa, o falta de algun documento	6.1 Formato de novedades en física por grupo de atención (si aplica) 6.2 Formato de novedades subido al drive correspondiente del grupo de atención 6.3 Entrega completa de los documentos de las familias formato AFC	7%	JULIO	OK		
		7. Entrega y socializacion de las escalas	7.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que aplique para el mes Julio__ (Documento en físico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante) 7.2 Socializacion de la escala ____ (participantes abril) (UDI Periodistas)	15%	JULIO	N/A		
		8. Formato de ficha de caracterización de practicas y acciones ??	8.1 Garantizar el adecuado diligenciamiento en el Archivo de excel de practicas (1 pestaña x UA) participantes nuevos	10%	JULIO	OK		
		9. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faciliten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS y a los microcontextos	9.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS acorde al proyecto pedagogico del territorio 9.2 Los espacios ambientados deben contar con una intencionalidad pedagógica 9.3 Buen uso de los materiales de consumo con los cuidados para la ambientación 9.4 Asegurar y mantener el orden y la limpieza	5%	JULIO	OK		
		10. Participar y apoyar en las diversas celebraciones con la operación	10.1 Asegurar y mantener el orden y la limpieza, antes con el equipo de trabajo, de las unidades de acceso 10.2 Participar activamente en los grupos de Estafa programados en el drive	5%	JULIO	OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Ana Maria Barragan
NOMBRE:	Ana Maria Barragan L
C.C.	1.030.532.303

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Emile
C.C.	52.218.635

LOPE CHAN

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1033572483		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
2024-06	2024-06	744441589	94686262	I	2024/07/03	2024/07/02	BANCO DE BOGOTA	0	$177,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$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	1033572483	BARRAGAN ANA	230201	30	$1,300,000	$208,000	EP005	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	1411	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

2024/07/01 08:20 PM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1030572469		BARRAGAN LEON ANA MARIA	DEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 40 sur 78 m 37	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5535585	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-06	2024-06	74444589	94688282II	I	2024/07/03	2024/07/01	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	$208,800	$0	$0	$208,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$208,800	$0	$0	$208,800
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	EPS605	800,251,440	6	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				1	$377,300	$0	$0	$377,300

2024/07/01 08:20 PM

Banco de Bogotá

Comprobante de compra y pagos virtuales PSE

Pago exitoso

Número de autorización 946202

lunes, 01 de julio de 2024, 8:19:46 PM

Detalle

$377,300.00

Valor Pagado

IVA incluído:	$0.00
Pago a:	APORTES EN LINEA
Débito desde:	Cuenta de ahorros ******3964
Descripción:	nilla de aportes con clave: 9468682652
Fecha y hora inicio transacción	2024-07-01 8:15:24
NIT del comercio	9999001472382
Número de factura	9468682652
Código Único de Seguimiento	744443589
Dirección IP:	186.29.7.50
Referencia 1:	186.29.7.50
Referencia 2:	CC
Referencia 3:	1030572403

Ciudad: Bogotá Mes: JULIO Día: 30 Año: 2024

CUENTA DE COBRO No. 6

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 julio 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 Rocio 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 # 1506/045/2024

PROGRAMA	BINF DESARROLLO INTEGRAL
NOMBRE	[illegible]
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y MES	JULIO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION JULIO	6	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales. Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación y subidos al drive correspondiente del Grupo de Atención	1.1 **Planeación Grupal**, con los cuatro planeadores de las áreas correspondientes (Formato CBF) (Primer lunes del mes) 1.2 **Cartilla digital** i. Pdf/ uno convencional al 100% diligenciada ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada iii Diligenciamiento de la parte dos. Planeación de Practicas iv. Diligenciamiento de la movilización social: Julio Familias que gestan futuro	15%	Julio	ok.		
		2. Desarrollar de manera activa, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DAP) **Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación, tener en cuenta lo planeado en los micropropósitos**	2.1. **Planeación Encuentro en el hogar** (1 por cada participante - cargada en drive cuaderno digital en el área correspondiente - de acuerdo al grupo atendido) - historias 2.2 **Cronograma de visitas**, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 60 pts ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atención correspondiente 2.3 **Cartilla digital. Parte uno**: i. Convencionos al 100% diligenciada ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada iii. Seguimiento al desarrollo, escala de valoración iv. Aplicacion de escalas (Ingresos Abril)(UDS Periodistas) v. Sistematización de Escalas (Ingresos Abril) (UDS Periodistas)	15%	Julio	AB ultimas 2 pospuesto		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentación requerida tanto en física como en drive (SI)	3.1 Formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF 3.2 Formato compromiso entrega de documentos a todos los participantes	5%	Julio	ok.		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo el último viernes de cada mes sus ingresos y egresos ___ durante el mes de Julio	4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes Julio **(Primera semana del mes)** 4.2 Soportes de egreso (con la aprobación de la coordinación) (Primera semana del mes) 4.3 Soportes de ingreso (**soportes mínimos públicos al área correspondiente: RC del participante, cédula del acudiente, recibo de servicio público de la vivienda**) (Primera semana del mes)	15%	Julio	ok.		
		5 Entrega de Formatos de Rain, Refugeios Rips y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.	5.1 Formato Rain 5.2 Refugeios 5.3 Formato RIPP 5.4 Fotografías uno a uno de la entrega de RIPP - en power Point 5.5 Formato de Bienestarina Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni enmendaduras	10%	Julio	ok		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento.	6.1 Formato de novedades en físico por grupo de atención (si aplica) 6.2 Formato de novedades subido al drive correspondiente del grupo de atención 6.3 Entrega completa de documentos de las fichas formato APC	7%	Julio	ok.		
		7. Entrega y socialización de las escalas	7.1 Entrega de la escala correspondiente de 65 niños y niñas que aplique para el mes Julio__ (documento en físico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante) 7.2 Socialización de la escala ____ (participantes abril) (UDS Periodistas)	15%	Julio	N/A.		
		8. Formato de ficha de caracterización de practicas y lecciones f!	8.1 Garantizar el adecuado diligenciamiento en el Archivo de excel de practicas. (1 pestaña x UN) participantes nuevos	10%	Julio	ok.		
		9. Gestionar espacios y ambientes enriquecidos que faciliten el ejercicio pedagógico y sean ajustados a las intencionalidades de la UDS y a los microproyectos.	9.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS acorde al proyecto pedagogico del territorio 9.2 Los espacios ambientados deben contar con una intencionalidad pedagógica 9.3 Buen uso de los materiales de consumo que se emplean para la ambientación 9.4 Asegurar y mantener el orden y la limpieza	5%	Julio	ok.		
		10. Participar y apoyar en las diversas labores de atención a la comunidad	10.1 Asegurar y mantener el orden y la limpieza junto con el equipo de trabajo, de las unidades de servicio 10.2 Participar activamente en los proyectos Estelar programados en el mes	8%	Julio.	ok.		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	[illegible]
NOMBRE:	[illegible]
C.C.	52[illegible]80

FIRMA COORDINADORA	[illegible]
NOMBRE:	[illegible]
C.C.	[illegible]

VBO EDILIO

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 52909510		PEÑA SALCEDO LILIANA PATRICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 98 # bis 90 bis	BOGOTA-BOGOTA D.E	3934815	no

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Llenbe	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-06	2024-08	77944618	94487 5090	I	2024/07/04	2024/07/16	HCOU	11	$350,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$161,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$161,500			$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	$161,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0
1	CC	52909510	PEÑA LILIANA	10001	30	$1,300,000	ERP030	30	$1,300,000	$161,500		0	$0	30	1411	30	$1,300,000	$6,800	0	$0	$0
Total Afiliados(1)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$161,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$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 51974518		PEÑA SALCEDO LILIANA PATRICIA	DEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 88 # 6a-90 int	BOGOTA-BOGOTA D.C.	2934535	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-06	2024-06	7794-9618	91689930102	I	2024/07/04	2024/07/18	YOQU	12	$380,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$308,000	$1,900	$0	$309,900
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$308,000	$1,900	$0	$309,900
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	$1,500	$0	$164,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$162,500	$1,500	$0	$164,000
TOTAL				1	$377,300	$3,500	$0	$380,800

2024/07/15 10:04 PM

Resumen de pago

Descripción de compra
Pago de la Planilla de aportes con clave\
9468793092

Estado de la solicitud
Transacción aprobada

Tienda
APORTES EN LINEA

Fecha de solicitud
15 de julio de 2024

CUS
779449628

Referencia Nequi
M11259552

¿Cuánto?
$ 380.800,00

Valor de los impuestos
$ 0,00

Número de referencia 1
181.53.96.9

Número de referencia 2
CC

Número de referencia 3
52974510

Factura de comercio
9468793092

Tu plata salió de:



Disponible

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

CUENTA DE COBRO No. 5

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 Julio 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,
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.

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 de 2

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1192783143	LINDA LUCIA GONZALEZ CORDOBA		CALLE130 # 55 34	1054197	GONLINDA1@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1.- Independiente			BOGOTA, D.C.	BOGOTA, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-07	2024-07	1	15/07/2024	78552408	$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	162.580	0		0		0	0	0	0	162.580	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	800229739-8	200.000	0	0	0	0	0	0		200.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES														
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otras Entidades	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	860307790-5	6.800				6.800	0	0	6.800			68	6.868	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 SUBSIDIARIA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IDE, LMA, FSP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.580	162.600
Pensión	1	200.000	200.000
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

Pág 2 de 2

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1102783140	LINDA LUCIA GONZALEZ CORDOBA		CALLE130 # 85 34	1554707	GONLINDA1@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	IBC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-07	2024-07	1	19/07/2024	76892408	$337.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Tarifa	Salario	Extranjero sin cédula	Colombiano en el exterior	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC-LR	AVP	VCT	IRP	SUS	LPA	CUL	Días COT	IBC APF	Cotización	Adicional a APF/otro	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Días SPE	IBC SPE	Cotización Valor UPC	Días 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	1102783140	GONZALEZ CORDOBA LINDA LUCIA	M	X																						30/04	1.300.000	208.000	0	0	0	0	30/04	1.300.000	162.500	30/04	1.300.000	1	6.500		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

dale!

Pasa, paga y recibe plata

¡Pago exitoso!

Número de referencia 787775353

19/07/2024 - 09:49 horas

Cuánto pagaste

$377.300

Comercio	COMPENSAR
Concepto	Hola
Depósito de origen	********8678
CUS	787775353
Identificación de la transacción	00010097

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

CUENTA DE COBRO No. 6

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 julio 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 vinculo laboral alguno, ni da lugar a ninguna clase de Prestaciones Sociales de conformidad con lo establecido por la Normatividad Vigente.

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

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($2.519.800) 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,

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 # 1330/SAS/2024

PROGRAMA	[illegible]
NOMBRE	Mercia Castillo Ch.U.09
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y MODALIDAD	julio

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION AÑO	0	1. Planear, desarrollar e implementar 5 sesiones de familia mediante encuentros grupales **Todos los soportes deben ser entregados en PDF** para la verificación y subidos a drive correspondiente **del Grupo de Atención**	1.1 **Planeación Grupal**, con los cuatro planeaciones de las áreas correspondientes (Formato ICBF) (Primer lunes del mes) 1.2 **Cartilla digital:** a. Parte uno: consentimiento al 100% diligenciado b. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada c. Diligenciamiento de la parte dos: Promoción de Practicas d. Diligenciamiento de la evaluación social. Julio Familias que gestan futuro	15%	Julio	OK		
		2. Desarrollar 4 encuentros planeados y subidos encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DAH) **Todos los soportes deben ser entregados en PDF para la verificación, tener en cuenta la planeación en los micoproyectos**	2.1 **Planeacion Encuentro en el hogar** (1 por cada participante - cargada en un cuaderno digital en el drive correspondiente - de acuerdo al grupo etario) - Natalia 2.2 **Cronograma de visitas**, con las respectivas Firmas - que evidencie el cumplimiento de las 50 hrs 30 encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atención correspondiente 2.3 **Cartilla digital Parte uno:** i. Consentimiento al 100% diligenciada ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada. iii. Seguimiento al desarrollo, encaso de colaboración iv. Aplicacion de escalas (Ingresos Abril (UDS Pensilvania) v. Socializacion de Escalas (Ingresos Abril (UDS Pensilvania)	15%	Julio	OK 30		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentación requerida tanto en física como en drive (50)	3.1 Formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF 3.2 Formato compromiso entrega de documentos anexos los cuales están	5%	Julio	OK		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo en 5 ultimo viernes de cada mes sus ingresos y egresos ____ durante el mes de Julio	4.1 Formato de ingresos y egresos 9 en el mes Julio (**Primera semana del mes**) 4.2 Soportes de egreso (**carta de aprobación de la coordinación**) (Primera semana del mes) 4.3 Soportes de ingreso (**soportes relativos a ellos al drive correspondiente: RC del participante, cédula del acudiente, recibo de servicio público de la vivienda**) (Primera semana del mes)	10%	Julio	9 Meses		
		5 Entrega de Formato de Rieri, Refrigerio, Rpi y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras	5.1 Formato Rieri 5.2 Refrigerio 5.3 Formato RPI 5.4 Fotografías una a una de la entrega de RPI - en planos Pure 5.5 Formato de Bienestarina Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni enmendaduras	15%	Julio	OK		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, grupo, o falta de algun documento	6.1 Formato de novedades en físico por grupo de asistencia (si aplica) 6.2 Formato de novedades subido al drive correspondiente del grupo de atención 6.3 Entrega completa y oportuna de los Formatos Formato ARC	7%	Julio	OK		
		7. Entrega y socializacion de las escalas	7.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que aplique para el mes Julio__ (documento en físico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante) 7.2 Socializacion de la escala ____ (participantes abril) (UDS Pensilvania)	15%	Julio	N/A		
		8. Formato de ficha de caracterización de practicas y acciones?	8.1 Calendarizar el adecuado diligenciamiento en el Archivo de social de practicas (1 pestaña x UA) participantes nuevos	10%	Julio	OK		
		9. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faciliten el proceso pedagógico y sean acordes a los intencionalidades de la UDS y a los microproyectos	9.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS acorde al proyecto pedagógico definido 9.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica 9.3 Buen uso de los materiales de consumo que se asignen para la ambientación 9.4 Asegurar y mantener el aseo y la limpieza	5%	Julio	OK		
		10. Participar y acoger en las acciones relacionadas con la operación	10.1 Asegurar y mantener el aseo y la limpieza permanente en general de todas las unidades de servicio 10.2 Participar activamente en los grupos de trabajo propios de la UDS	5%	Julio	OK		
				TOTAL 100%				

FIRMA CONTRATISTA	Mercia Castillo
NOMBRE:	Mercia Castillo
C.C.	1019052691

FIRMA COORDINADORA	Emilse
NOMBRE:	Emilse Polo
C.C.	52 [illegible]

V°B° EMMV

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:	2024-07-12
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2024-07-23
FECHA DE PAGO:	2024-07-12
ENTIDAD DE PAGO:	NEQUI
PERÍODO PENSIÓN:	2024-06
PERÍODO SALUD:	2024-06
NÚMERO PLANILLA:	30113799
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	30113799
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
2006	800251440	SANITAS	1	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 162.500
230001	800224808	PORVENIR	1	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 208.000	$ 208.000
14-11	890903790	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:	26/08/2024

PAGADO

Resumen de pago

Descripción de compra
Pago de seguridad Social Integrado

Estado de la solicitud
Transacción aprobada

Tienda
ASOPAGOS

Fecha de solicitud
12 de julio de 2024

CUS
771395419

Referencia Nequi
M1393578

¿Cuánto?
$ 377.300,00

Valor de los impuestos
$ 0,00

Número de referencia 1
10.10.11.80

Número de referencia 2
CC

Número de referencia 3
1019030999

Factura de comercio
30113799

Tu plata salió de:

 Disponible

Ciudad: Bogotá Mes: JULIO Día: 30 Año: 2024

CUENTA DE COBRO No. 06

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 Atención Julio 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 Rocio Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: Martha Elizabeth Páez Alarcón
C.C. 1.032.359.119
Correo: eliza0313@hotmailcom
Dirección: Carrera 79 F N° 14-45
Teléfono: 322-3337517

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 # 1330/005/2024

PROGRAMA	[illegible]
NOMBRE	[illegible]
CARGO	[illegible]
PERIODO a EVALUAR	JULIO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISIÓN	EVALUACIÓN	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION JULIO	8	1. Planear, desarrollar e implementar 5encuentros de familias mediante encuentros grupales **Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación y cargue al drive correspondiente del Grupo de Atención**	1.1 **Planeación** diligenciada, con las cuatro planeaciones de las líneas correspondientes (Formato ICBF) (Primer Lunes del mes) 1.2 **Cartilla digital** i. Portadas: conteniendo el 100% diligenciado ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada iii. Diligenciamiento de la parte dos: Planeación de Practicas iv. Diligenciamiento de la caracterización social: Julio Familias que ganan futuro	10%	JULIO	OK 7		
		2. Desarrollar de manera continua, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de niños del tránsito de formación (DNF) **Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación, tener en cuenta los fotomedia en los encuentros**	2.1. **Planeacion Encuentros en el hogar** (1 por cada participante - cargada en en el cuaderno digital en el día correspondiente - de acuerdo al grupo etario) - historica **2.2 Cronograma de visitas**, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/o ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atención correspondiente **2.3 Cartilla digital Parte uno:** i. Contar conteniendo el 100% diligenciado, ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, iii. Seguimiento al desarrollo, escala de valoración iv. Aplicación de escalas (Ingreso Abril) (UDS Periodistas) v. Socialización de Escalas (Ingreso Abril) (UDS Periodistas)	15%	JULIO	30 FAMILIAS CARGADAS [illegible] CON [illegible]		
		3. Carpetas organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentación requerida tanto en físico como en drive (SE)	3.1 Formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF 3.2 Formato compromiso entrega de documentos a todos los participantes	5%	JULIO	OK 7		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo en el último viernes de cada mes sus ingresos y egresos ____ durante el mes de Julio	4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes Julio (**Primera semana del mes**) 4.2 Soportes de egresos **con la aprobación de la coordinadora**) (Primera semana del mes) 4.3 Soportes de ingresos **(soportes mínimos subidos al drive correspondiente: RC del participante, cédula del acudiente, recibo de servicio público de la vivienda)** (Primera semana del mes)	15%	JULIO	OK 7		
		5. Entrega de Formatos de Ruta, Refrigerios, Dips y Escolaridad sin tachones ni enmendaduras	5.1 Formato Ruta 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 Escolaridad Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni enmendaduras	10%	JULIO	OK		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento	6.1 Formato de novedades en físico por grupo de atención (su actual) 6.2 Formato de novedades subido al drive correspondiente del grupo de atención 6.3 Entrega con soportes documentales de las familias formato AFC	7%	JULIO	OK		
		7. Entrega y socialización de las escalas	7.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que aplique para el mes Julio_ (documento en físico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante) 7.2 Socialización de la escala ____ (participantes abril) (UDS Periodistas)	15%	JULIO	n/a		
		8. Formato de ficha de caracterización de practicas y acciones IT	8.1 Garantizar el adecuado diligenciamiento en el Archivo de excel de practicas (1 pestaña x UR) participantes nuevos	10%	JULIO	OK		
		9. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faciliten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS y a los microproyectos	9.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS acorde al proyecto pedagogico del territorio 9.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagogica 9.3 Buen uso de los materiales de consumo que se emplean para la ambientación 9.4 Asegurar y mantener el orden y la limpieza	5%	JULIO	SIN LA AMBIENTACION ADECUADA CORRECTA		
		10. Participar y apoyar demas actividades relacionadas con la operación	10.1. Asistencia a formación virtual o presencial, según corresponda de trabajo, de las unidades de servicio 10.2. Participar activamente en los grupos de WhatsApp creados por el ICBF	5%	JULIO	OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	ELIZABETH PAEZ
C.C.	1.007.[illegible]

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	ENLICE ROJAS
C.C.	[illegible]

V°B°

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1023599119		PAEZ ALARCON MARTHA ELIZABETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 7 A No 3A -35	BOGOTA-BOGOTA D.C.	2028246	NO

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-08	2024-08	730203516	94668482[illegible]	I	2024/09/05	2024/09/11	NEQUI	6	$[illegible]

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.C. (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0
1	CC	1023599119	PAEZ MARTHA	2024-08	$1,300,000	$208,000	16004	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14[illegible]	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	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1033359119		PAEZ ALARCON MARTHA ELIZABETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 7 A bis 2A - 35	BOGOTA-BOGOTA D.C.	7555218	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Periodo	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-06	2024-06	7010121116	94688257	I	2024/07/05	2024/07/11	HSBC	6	$209,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$1,000	$0	$209,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$208,000	$1,000	$0	$209,000
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	$163,500	$800	$0	$163,300
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$163,500	$800	$0	$163,300
TOTAL				1	$377,300	$1,900	$0	$379,200

4:01 49 %

Nequi

Resumen de pago

Descripción de compra
Pago de la Planilla de aportes con clave\ 9468848257

Estado de la solicitud
Transacción aprobada

Tienda
APORTES EN LINEA

Fecha de solicitud
11 de julio de 2024

CUS
770202516

¿Cuánto?
$ 379.200,00

Factura de comercio
9468848257

Tu plata salió de:

Disponible

Listo

Imprimir

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

CUENTA DE COBRO No. 1

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2024-DIMF KENNEDY-CON023

NOMBRE: VEIDY YURANY DAZA SALGADO
CEDULA: 52.973.254
CUENTA BANCARIA: 606368033 **BANCO:** BOGOTA **AHORRO _X_ CORRIENTE ___**
LA SUMA DE: ($2.519.800) DOS MILLONES QUINIENTOS DIECINUEVE MIL OCHOCIENTOS PESOS M/Cte.
PERIODO: Fase de Atención JULIO 2024.

CONCEPTO: AGENTE EDUCATIVA – 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,

Veidy Daza

NOMBRE: Veidy Yurany Daza Salgado
C.C. 52.973254
Correo: yuranyd7@gmail.com
Dirección: Cra 87 d # 6-02 sur
Teléfono: 3027676982

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 # 5108/505/2026

PROGRAMA	[illegible]
NOMBRE	Vardy Yuranny Daza S.
CARGO	Agente C. [illegible]
PERIODO y MES/A	JULIO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR RESULTADOS	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE SESION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION (JULIO)	6	1. Planear, desarrollar e implementar las formaciones de familias mediante encuentros grupales **Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación y subirlos al drive correspondiente del Grupo de Atención**	1.1 **Planeación Grupal**, con las cuatro planeaciones de las áreas correspondientes (Formato ICBF) (Primer lunes del mes) 1.2 **Cartilla digital:** i. Parte uno: coordenadas al 100% diligenciada ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada iii Diligenciamiento de la parte dos: Priorización de Practicas iv. Diligenciamiento de la movilización social: Julio Familias que ganan futuro	15%	Julio	Ok y Planeación		
		2. Desarrollo de manera exacta, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de minimo 60 minutos de formación (DBM) **Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación, tener en cuenta lo planeado en los microproyectos**	2.1 **Planeación Encuentro en el hogar** (1 por cada participante – cargada en en el cuaderno digital en el drive correspondiente – de acuerdo al grupo etareo) – Historia 2.2 **Cronograma de visitas**, con las respectivas Fichas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/o ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atención correspondiente 2.3 **Cartilla digital Parte uno:** i. Coordenadas al 100% diligenciada ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada. iii. Seguimiento al desarrollo, escala de valoración. iv. Aplicación de escalas (ingresos Abril) (UDS Periodistas) v. Sistilización de Escalas (ingresos Abril) (UDS Periodistas)	10%	Julio	Ok SO EEH		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en físico como en drive (SO)	3.1 Formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF 3.2 Formato compromiso entrega de documentos a todos los participantes	5%	Julio	Ok		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo el/la ultimo viernes de cada mes los ingresos y egresos 1 durante el mes de Julio	4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes Julio. **(Primera semana del mes)** 4.2 Soportes de egreso (con la aprobación de la coordinación) (Primera semana del mes) 4.3 Soportes de egreso **(soportes nuevos subidos al drive correspondiente: RC del participante, cédula del acudiente, recibo de servicio público de la vivienda)** (Primera semana del mes)	15%	Julio	Ok		
		5 Entrega de Formatos de Ram, Refugiados, Rapy Bienestarina sin tachones ni enmendaduras	5.1 Formato Ram 5.2 Refugiados 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 buen estado sin tachones/o enmendaduras	10%	Julio	Ok		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, grupo, o falla de algun documento	6.1 Formato de novedades en físico por grupo de atención (si aplica) 6.2 Formato de novedades subido al drive correspondiente del grupo de atención 6.3 Entrega compromisos documentales de las familias (formato NPC	7%	Julio	Ok		
		7. Entrega y socialización de las escalas	7.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que aplique para el mes Julio__ (documento en físico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital de participantes) 7.2 Sistilización de la escala ____ (participantes abril) (UDS Periodistas)	15%	Julio	N/a		
		8. Formato de ficha de caracterización de practicas y acciones F	8.1 Garantizar el adecuado diligenciamiento en el Archivo de excel de practicas. (1 pestaña x UN) participantes nuevos	10%	Julio	Ok		
		9. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faciliten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS y a los microproyectos	9.1 Ambientación de espacios Físicos de la UDS acorde al proyecto pedagogico del territorio 9.2 Los espacios intencionales deben contar con una intencionalidad pedagógica 9.3 Buen uso de los materiales de consumo que se emplean para la ambientación 9.4 Asegurar y mantener el orden y la limpieza	5%	Julio	Ok		
		10. Participar y apoyar en las diversas jornadas adicionales a la operación.	10.1 Asegurar y mantener el orden y la limpieza junto con el equipo de trabajo, antes y durante la sesión 10.2 Participar activamente en los grupos de trabajo preparados en el area	5%	Julio	Ok		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	[signature]
NOMBRE:	Vardy Daza
C.C.	52936219

FIRMA COORDINADORA	[signature]
NOMBRE:	[illegible]
C.C.	[illegible]

Vobo

Banco de Bogotá

EL BANCO DE BOGOTA

INFORMA:

Que la persona DAZA SALGADO,VEIDY YURANY identificado(a) con CC 52973254 está vinculado(a) al BANCO DE BOGOTA a través de la CTA AHORROS No. 606368033 desde el 15 de julio de 2024, este producto se encuentra Vigente.

Esta información es confidencial, no es una recomendación de negocio y se suministra sin responsabilidad del banco, se expide el 15 de julio de 2024, a solicitud del interesado, con destino a quien interese.

Atentamente,

Olga Yanira Otálora Guerrero

Gerencia de Soluciones para el Cliente

Banco de Bogota

Powered by CamScanner

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	52973254
NOMBRES	VEIDY YURANY
APELLIDOS	DAZA SALGADO
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	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/03/2012	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	07/19/2024 12:26:51	**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**,

E.P.S. Sanitas
Sanitas Internacional

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**.

CERTIFICA

Que Veidy Yurany Daza Salgado, identificado(a) con CC número 52973254, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 52973254
NOMBRES Y APELLIDOS	Veidy Yurany Daza Salgado
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	23/10/1982
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/04/2012
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	261 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	46 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	25/07/2022
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

N.I.T. 900761468 ASOCIACION ESPERANZA Y PROGRESO Desde 20/03/2024 - Vigente N.I.T. 900761468 ASOCIACION ESPERANZA Y PROGRESO Desde 01/03/2023 Hasta 15/01/2024

Generado por interfaces

24/07/2024

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 52.973.254



DAZA SALGADO

VEIDY YURANY

COL 1.66 F

23 OCT 1982 O+

BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

08 MAYO 2001, BOGOTA D.C.

19 SEPT 2033



ICCOL0303502124150O1<<<<<<<<<<
8210232F3309195COL52973254<<<2
DAZA<SALGADO<<VEIDY<YURANY<<<<

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto: 0 2 — Actualización

4. Número de formulario: 141067266714

(415)7707212489984(8020) 000014106726671 4

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	52973254	

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
DAZA	SALGADO	VEIDY	YURANY

35. Razón social

36. Nombre comercial — 37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CR 87 D 6 02 SUR BRR PATIO BONITO

42. Correo electrónico: dazaveidy23@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3027676982	3027676983

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
8511	2023/02/02	8512	2024/07/10			1314	0

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5 0

50 - No responsable de Consumo restauran

Usuarios aduaneros

54. Código

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] — 60. No. de Folios: 0 — 61. Fecha: 2024 - 07 - 26 / 10 : 53: 13

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso. Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y aceptó la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada

584. Nombre: DAZA SALGADO VEIDY YURANY

585. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 26-07-2024 10:53:30AM

DOCUMENTO SIN COSTO

seguros mundial®

tu compañía siempre

NIT 860.037.013-6
GRANDES CONTRIBUYENTES
IVA RÉGIMEN COMÚN - AUTORETENEDORES

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

Afiliados

CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA PASA APP

LA COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A

CERTIFICA:

Que la garantía de Cumplimiento contenida en la póliza **COQ-100003518** y endoso, @ cuyo afianzado es: **DAZA SALGADO, VEIDY YURANI** Asegurado o Beneficiario: **ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA / ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA** , expedida por la Compañia en **26/07/2024**, no expirará por falta de pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella o por revocación unilateral por parte del Tomador o de la Compañía.

CEN ORINOQUIA a los **26** días del mes **JULIO** del año **2024**.

Firma Autorizada - Compañía Mundial de Seguros S.A.

Veidy Daza
CC 52973274

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

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

CUENTA DE COBRO No. 6

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 Julio 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 Rocío 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.

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO POR CARGO
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
CTO # 1100/109/2024

PROGRAMA	DNM ESTANCIA FUTURO INFANTIL
NOMBRE	Ana Camacho
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	JULIO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR RES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISIÓN	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION JULIO	1	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales. **Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación y estarán al drive correspondiente del Grupo de Atención**	1.1 **Planeación Grupal**, con las cuatro planeaciones de las áreas correspondientes (Formato ICBF) (Primer lunes del mes) 1.2 **Cartilla digital** • Portada: consentimientos al 100% diligenciada • Hoja de respondiente al Cronograma de encuentros diligenciada • Diligenciamiento de la parte dos. Prosapia de Practicas • Diligenciamiento de la caracterización social Julio Familias que ingresan futuro	15%	Julio	OK y plan.		
		2. Desarrollar de manera continua, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de manera bimestrales de formación (DNM). **Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación, llenar en cuenta la planeación en los PEI/cronogramas.**	2.1. **Planeación Encuentro en el hogar** (1 por cada participante – cargada en en el cuaderno digital en el drive correspondiente – de acuerdo al grupo etáreo) – historica. 2.2 **Cronograma de visitas**, con las respectivas Firmas – que evidencie el bimestralte de las 56 y/o ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atención correspondiente 2.3 **Cartilla digital** Parte una: • Consentimientos al 100% diligenciada • Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada • Seguimiento al encuentro, encuesta de valoración • Aplicación de escalas (Ingresos Abril) (UDS Periodistas) • Socialización de Escalas (Ingresos Abril) (UDS Periodistas)	15%	Julio	44 119 6 Nor P		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentación requerida tanto en física como en drive (50)	3.1 Formato de uso de imágenes y de recepción de ICBF 3.2 Formato compromiso entrega de documentos a todos los cuidadores	5%	Julio	OK		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo en el último viernes de cada mes sus ingresos y egresos ____ durante el mes de Julio	4.1 Formato de ingresos y egresos ____ en el mes Julio **(Primera semana del mes)** 4.2 Soportes de ingreso (con la aprobación de la coordinación) (Primera semana del mes) 4.3 Soportes de ingreso (**soportes entregados también al drive correspondiente: RC del participante, cédula de acudiente, recibo de servicio público de la vivienda**) (Primera semana del mes)	15%	Julio	6 nuevos		
		5 Entrega de Formatos de Raro, Refrigerio, Rips y Beneficiarios, novedades o sin novedades.	5.1 Formato Raro 5.2 Refrigerio 5.3 Formato RIPP 5.4 Fotografía única una de la entrega de RIPP – en power point 5.5 Formato de Beneficiarios Los documentos entregados en físico estarán en el drive correspondiente	15%	Julio	OK		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, grupo, o falta de algún documento	6.1 Formato de novedades en físico por grupo de atención (si aplica) 6.2 Formato de novedades subido al drive correspondiente del grupo de atención 6.3 Entrega compromisos documentales de las familias Formato APC	2%	Julio	OK		
		7. Entrega y socialización de las escalas	7.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que ingresa para el mes Julio__ (documentos en físico en los soportes y encuentro en la cartilla digital correspondiente) 7.2 Socialización de la escala ____ (participantes abril) (UDS Periodistas)	15%	Julio	N/A		
		8. Formato de ficha de caracterización de prácticas y acciones?	8.1 Diligenciar el adecuado diligenciamiento en el Archivo de excel de practicas (1 pestaña x UA) participantes nuevos	10%	Julio	OK		
		9. Generar espacios ambientes enriquecidos que faciliten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS y a los encuentros.	9.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS acorde al grupo/s pedagogico definido/s. 9.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica 9.3 Buen uso de los materiales de consumo que se entregan para la ambientación 9.4 Asegurar y mantener el orden y la limpieza	5%	Julio	OK		
		10 Participar y apoyar en las diversas actividades con la institución	10.1. Asegurar y mantener orden y la limpieza, participar en equipo de trabajo, de las unidades de servicio 10.2. Participar activamente en los grupos de trabajo creados en el mes	3%	Julio	OK		
				TOTAL 100%				

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

FIRMA COORDINADORA	Daniela Ríos
NOMBRE:	Daniela Ríos
C.C.	1234567890

V°B°

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 **8378072227** para el periodo de salud **2024-06** y pensiones **2024-06** de la siguiente forma.

Pensiones	25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	900336004	59	0									0	30	$1.300.000	0,16000		$208.000	Junio - 2024	8378072227	12/07/2024	N	
Riesgos Laborales	14-11	ARL SURA	830063780	59	0									0	30	$1.300.000	0,00522	1	$6.800	Junio - 2024	8378072227	12/07/2024	N	
Salud	EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	830003564	59	0									0	30	$1.300.000	0,12500		$162.500	Junio - 2024	8378072227	12/07/2024	N	

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

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

transacción PAGO DE PLANILLAS

TRANSACCIÓN EXITOSA

Fecha	12/07/2024
Hora	08:43:16
Terminal	354195
Convenio	PILA PLANILLA ASI STIDA COMPE NSAR MI PLANIL LA
Cod. Convenio	1138
Comercio	490515
No. aprob Banco	775063
Referencia	8378072227
No. aprob Puntored	000946507537
Valor	$379,400

Powered by CamScanner

Ciudad: BOGOTA D.C Mes: JULIO Día: 31 Año: 2024

CUENTA DE COBRO No. 03

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. CON021 APC2024-DIMF KENNEDY

NOMBRE: MARYORY JOHANNA MAYORAL CERQUERA
CEDULA: 52.517.201
CUENTA BANCARIA: 089705900 **BANCO: BOGOTA AHORRO _X_ CORRIENTE ___**
LA SUMA DE: (3.359.800) TRES MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS PESOS M/CTE
PERIODO: Fase Atención julio 2024

CONCEPTO: Psicosocial DIMF Kennedy Gestando Futuro Gran Britalia y Triunfadoras CTO #. 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 vinculo laboral alguno, ni da lugar a ninguna clase de Prestaciones Sociales de conformidad con lo establecido por la Normatividad Vigente.

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

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS (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
Coordinadora
C.C 52.278.676

Aprobado por:

Ana Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Johanna Mayoral

NOMBRE: MARYORY JOHANNA MAYORAL CERQUERA
C.C. 52.517.201
Correo: johannamayoralc0@gmail.com
Dirección: Calle 58 a sur # 66-39 Int 3 Apto 401
Teléfono: 3155573028

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

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO POR CARGO

PROGRAMA	[illegible]
NOMBRE	Maryory Johanna Mayoral Cerquera
CARGO	PROFESIONAL
PERIODO y FECHA	JULIO

63

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION JULIO	5	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 Soportes de los participantes - Base de las 7 atenciones unificada por UDS	5%	JULIO	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 1 gestion del Area seleccionada , por profesional psicosocial)	2.1. Cuadro de gestion con radicado y/o evidencia del correo enviado 2.2. Matriz de Gestión Interinstitucional Julio unificada por las 3 UDS	5%	JULIO	OK		
		3. Validación criterios de focalizacion junto con el documento de identidad, de las nuevos ingresos. Julio _____	3.1 Formato Visita Criterios de Focalización_____ para los casos de ingreso nuevos que aplique 3.2. Rutas articuladas por grupo territorial, los criterios de focalización de los participantes nuevos_____, a los cuales se 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 verificada por UDS	10%	JULIO	OK		
		4. Realizacion proceso de caracterización de ___ ingresos para Abril de las Unidades delegadas en el territorio	4.1 Registro de _____ Nuevos participantes, en el formato (03.cna.12.pp_formato_ficha_de_caracterizacion_para_los_servicios_de_atencion_a_la_primera_infancia_v2).	15%	JULIO	OK		
		5. Procesos de Formación y cualificación al Talento Humano de acuerdo con el tema del Plan de Formacion a TH Tareas Corresponsabilidad	5.1 Acta, Registro fotografico y Firmas	10%	JULIO	OK		
		6. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias. JULIO (Corresponsabilidad)	6.1 Planeación cargada al drive 6.2 Realización de los 6 talleres, de las UDS delegadas 6.3. Registro fotografico	10%	JULIO	OK		
		7. Control Social y Proceso de buzon de sugerencias y control social. (proceso en compañia del comite de control Social)	7.1. Acta de apertura buzon de sugerencias 1 por UDS 7.2 Evidencias fotograficas. 7.3 Acta Reunión Control Social,acompañamiento RPP y cumplimiento del plan de trabajo del comité 7.4 Evidencias socialización respuesta buzon sugerencias	5%	JULIO	OK		
		8.Seguimiento a poblacion migrante y desplazados	8.1 Base excel poblacion migrante y desplazados, Formatos APC 1 por UDS	5%	JULIO	OK		
		9.Activacion de rutas según sea el caso	9.1 Formatos de seguimientos/revisiones 9.2 Matriz de seguimiento a casos. Priorizados y remitidos (Formato APC) 9.3 Pagina 5 Cuadernos Familiar	5%	JULIO	OK		
		10. Aperturar a las familias de encuentro en el hogar, familiograma de cada familia participante	10.1 Cartilla encuentro en el hogar Conociendonos (Familiograma)	10%	JULIO	OK		
		11. Acompañar y apoyar la entrega de RPP	11.1 Acta de verificacion de la RPP con el comite de control social es compañado de la Nutricionista 1 por UDS 11.2 Presencia en el espacio	5%	JULIO	OK		
		12.Seguimiento a casos de tamizaje auditivo	12.1 Realizar acto con la sensibilizacion y gestion de los casos que requieren orientacion para el tamizaje auditivo 12.2 Base de tamizaje auditivo 1 por UDS	5%	JULIO	OK		
		13. Informe de gestión mensual en el formato FB contractual y general de acciones	13. Formato de Informe – Enviado por Coordinación Otiva 13.1 FB de acciones i Datos de casos garantia de derechos ii Acciones realizadas de cualificacion iii Dificultades del componente en el mes 13.2 FB contractual i Aportes a las obligaciones del componente	10%	JULIO	OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Johanna Mayoral
NOMBRE:	Johanna Mayoral Cerquera
C.C.	52517201

FIRMA COORDINADORA	[signature]
NOMBRE:	Emilce P
C.C.	52296691

VBo EMW

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	52511201	MARYORY JOHANNA MAYORAL CERQUERA		Calle 58 a sur # 68 -86 apto 303	3155572025	johannamayoral@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	MPO
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-06	2024-06	1	12/07/2024	78066518	$368.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Compensar EPS	860066942-7	162.800	0		0		0	9	1.800	0	163.600	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
30-14	Colpensiones	900336004-7	208.900	0	0	0	0	9	1.800	0	208.900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
10-11	ARL SURA	800030730-5	6.900				6.900	9	100	6.900			58	6.958	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	9	0	0	0
ICBF				
0	9	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de ICBF, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.800	163.600
Pensión	1	208.900	208.900
Riesgos Laborales	1	6.900	6.960
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	377.360	380.060

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	52517201	MARYORY JOHANNA MAYORAL CERQUERA	Calle 68 a sur # 69 - 38 apto 303	3155571826	johannamayoral0@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	1
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-06	2024-06	1	12/07/2024	35008519	$360.080	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Tarifa	Salario Integral	Extranjero no obligado a cotizar pensión	Colombiano en el exterior	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	SLN	IGE	LMA	VAC-LR	AVP	VCT	IRP	SUS	EXT	AUS	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Aportes Art. 6 Parágrafo 4	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	52517201	MAYORAL CERQUERA MARYORY JOHANNA	59	O			X																		25-14	1.200.000	200.000	0	0	0	0	EPS008	1.200.000	152.520	14-11	1.200.000	1	6.960		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

miplanilla.com

Pagos PSE

Resumen de pago

Número de planilla **78008519**	
Identificación del aportante	52517201
Tipo de planilla	- Planilla de aportes trabajador independiente
Periodo de liquidacion	Junio 2024
Fecha limite de pago	03/07/2024
Valor planilla	$380.000
IP	10.0.66.31
Fecha y hora de la tranjaccion	12/07/2024
Cus codigo unico de transaccion	772263505
Estado de la transaccion	Transaccion aprobada

Cuenta de Ahorros

12 jul 2024

-$ 380.000.00

Cargo Pago Electronico Planilla Unica No. 00000000000000000000078008519 Nit 0009998600669427

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

CUENTA DE COBRO No. 6

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 Julio 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 Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

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.

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA

PROGRAMA	DNP GESTANDO FUTURO GENIAL
NOMBRE	Yuri Alexandra García Avila
CARGO	PSICOSOCIAL
PERIODO y FECHA	JULIO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION JULIO	5	1. Verifica la existencia del registro civil de las niñas y los niños (o del documento de identidad de las mujeres gestantes). En los casos en 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%	JULIO	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 1 gestion del area seleccionada , por profesional psicosocial)	2.1. Cartas de gestion con radicado y/o evidencia del correo enviado 2.2. Matriz de Gestión Interinstitucional Julio unificada por las 3 UDS	5%	JULIO	OK		
		3. Validación criterios de focalizacion junto con el documento de identidad de los nuevos ingresos. Julio _____	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	10%	JULIO	OK		
		4. Realizacion procesos de caracterizacion, de ___ ingresos para Abril de las Unidades delegadas en el territorio	4.1 Registro de _____ Nuevos participantes, en el formato (f23.no12.pp_formato_ficha_de_caracterizacion_para_los_servicios_de_atencion_a_la_primera_infancia_(2).	15%	JULIO	OK		
		5. Proceso de Formación y cualificación al Talento Humano de acuerdo con el tema del Plan de Formacion al TH Temas: Corresponsabilidad	5.1 Acta, Registro fotografico y Firmas	10%	JULIO	OK		
		6. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias. JULIO (Corresponsabilidad)	6.1 Planeación cargada al drive 6.2 Realización de los 9 talleres de las UAS delegadas 6.3. Registro fotografico	10%	JULIO	OK		
		7. Control Social y Proceso de buzon de sugerencias y control social. (proceso en compañia del comite de control Social).	7.1. Acta de apertura buzon de sugerencias 1 por UDS 7.2 Evidencias fotograficas 7.3 Acta Reunión Control Social acompañamiento RPP y cumplimiento del plan de trabajo del comité 7.4 Evidencias socialización respuesta buzon mes anterior	5%	JULIO	OK		
		8 Seguimiento a poblacion migrante y desplazados	8.1 Base excel poblacion migrante y desplazados. Formatos APC 1 por UDS	5%	JULIO	OK		
		9 Activacion de rutas segun sea el caso	9.1 Formatos de seguimientos remisiones 9.2 Matriz de seguimiento a casos , Priorizados y remitidos (Formato APC) 9.3 Parte 5 Cuaderno Familiar	5%	JULIO	OK		
		10. Aportar a las cartillas de encuentro en el hogar, familiograma de cada familia participante	10.1 Cartilla encuentro en el hogar Conociendonos (Familiograma)	10%	JULIO	OK		
		11. Acompañar y apoyar la entrega de RPP	11.1 Acta de verificacion de la RPP con el comité de control social en compañia de la Nutricionista 1 por UDS 11.2 Presencia en el espacio	5%	JULIO	OK		
		12 Seguimiento a casos de transito armonico	12.1 Realizar acta con la sensibilizacion y gestion de los	5%	JULIO	OK		
		13. Informe de gestión mensual en el formato FR contractual y	13. Formato de Informe – Enviado por Coordinación. Cinco	10%	JULIO	OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Yuri Alexandra García Avila	FIRMA COORDINADORA	Emilce P
NOMBRE:	Yuri Alexandra García Avila	NOMBRE:	Emilce Rojas
C.C.	1081 378 513	C.C.	52 788 940

VOBO NU.

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificacion	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1031378513		GARCIA AVILA YURI ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 70B 1-05B 39	BOGOTA BOGOTA D.C	1131567	NO

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pension	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-08	2024-08	0410827a	0465759011	I	2024-07-04	2024-07-01	BANCO DE OCCIDENTE	0	$395,900

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)					$1,340,000	$214,400			$1,340,000	$167,500			$0	$0			$1,340,000	$14,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,340,000	$214,400			$1,340,000	$167,500			$0	$0			$1,340,000	$14,000		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,340,000	$214,400			$1,340,000	$167,500			$0	$0			$1,340,000	$14,000		$0	$0
1	CC	1031378513	Activo 1/04	01-30	30	$1,340,000	$214,400	ERROR	30	$1,340,000	$167,500		0	$0	$0	58	30	$1,340,000	$14,000	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,340,000	$214,400			$1,340,000	$167,500			$0	$0			$1,340,000	$14,000		$0	$0

2024-07-02 04:59 PM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad/ Departamento	Teléfono	Exoneración SENA e ICBF
CC 1032170513		GARCIA ARIZA YURI ALEXANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 70B # 65B 36	BOGOTA BOGOTA D.C.	7210567	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-06	2024-06	0410837A	94887901I	I	2024/07/04	2024/07/02	BANCO DE OCCIDENTE	0	$395,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$214,400	$0	$0	$214,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$214,400	$0	$0	$214,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$14,000	$0	$0	$14,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$14,000	$0	$0	$14,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$167,500	$0	$0	$167,500
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$167,500	$0	$0	$167,500
TOTAL				1	$395,900	$0	$0	$395,900

transacción PAGO DE PLANILLAS

TRANSACCIÓN EXITOSA

Fecha	02/07/2024
Hora	12:16:51
Terminal	354195
Convenio	PILA PLANILLA ASI STIDA APORT ES EN LINEA
Cod. Convenio	1506
Comercio	490515
No. aprob Banco	108276
Referencia	9468759011
No. aprob Puntored	000938690419
Valor	$395,900

Powered by CamScanner

Ciudad: Bogotá Mes: JULIO Día: 30 Año: 2024

CUENTA DE COBRO No. 6

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: 092319896 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 julio 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: 3214207614

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 # 1109/SDS/2018

PROGRAMA	
NOMBRE	Andrea Contreras Marin
CARGO	Nutricionista
PERIODO y MES A	Julio

6B

FASE	PERIODO	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISIÓN	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCIÓN JULIO	6	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias como se establece en Cronograma de Capacitación, descuento a la propuesta de canasta Nutricional por territorio. Julio 1.1. Estrategia IEC: Retos en la alimentación (Saludable) 1.2. Promoción de la lactancia materna: Técnicas en Extracción (Posturas)	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	75%	Julio	OK		
		2. Cualificación al Talento Humano, según Cronograma de estrategia IEC Temas de Julio: 2.1. Estrategia IEC: Retos en la alimentación (Saludable) 2.2. Promoción de la lactancia materna: Técnicas en Extracción (Posturas) 2.3 Manejo y Disposición de Residuos sólidos y líquidos. Control de Plagas (PSB)	2.1 Planeación cargada al drive 2.2 Acta de proceso con listados de asistencias en físico y digital. 2.3 Registro Fotográfico	15%	Julio	OK		
		3. Tamizaje a participantes nuevos en el mes: son____	3.1. Formato F15 y 16 según corresponda 3.2. Formato tamizaje de tamizaje nutricional (formato APC)	10%	Julio	22		
		4. Cargar a la plataforma Cuéntame los datos correspondientes a las bases creadas de los _____ siguiente del mes.	4. Descargue del excel , generado en aplicativo CUÉNTAME, donde se encuentran filtrados los participantes ingresados maximo 5 días después del ingreso. 4.1 Actualización formato F11 4.2 Actualización formato F16	5%	Julio	22 Marzo		
		5. Seguimiento Nutricional a Casos (Casos Evento 113, Casos de Desnutrición aguda severa y Casos de Riesgo de desnutrición aguda severa con edema)	**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 (Fo. mato 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 salidas de SZ 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, pediatría, odontología complementarias 5.9. La información recibida debera registrarse en formato de esta APC almacenar los soportes que la familia entregue.	20%	Julio	3 casos		
		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 RFPP con el comité de control social en compañía de la Psicosocial 6.3 Presencia en el espacio	5%	Julio	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%	Julio	OK		
		8. Verificación y seguimiento equipos Metodología	8.1 Realizar la actualización de las hojas de vida de los equipos de metodología y sus verificaciones intermedias 8.2 Realizar la HV de los equipos de metodología de la Unidad (Nevera, Termometro y los que apliquen según la guía)	5%	Julio	OK		
		9. Seguimiento SOTA/SUN	9.1 Realizar verificación de los insumos en Bodega	5%	Julio	OK		
		10. Informe de gestión mensual en el formato Fil contractual y generación de actores	10. Formato de informe - Enviado por Coordinación Dinc 10.1 Fil de acciones Cobertura casos con malnutrición i Acciones realizadas de cualificación ii Dificultades del componente en el mes 10.2 Fil contractual	10%	Julio	OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	Andrea Contreras M.
CC:	53079041

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Smirle Paz
CC:	51736946

VB/ [illegible]

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

El aportante **JOHANNA ANDREA CONTRERAS MARIN**, identificado con **CC** número **53077091**, aportó en nombre de **JOHANNA ANDREA CONTRERAS MARIN**, identificado(a) con **CC** número **53077091** en su condición a la fecha como tipo de cotizante **59 - Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes, para los periodos comprendidos en pensión **2024-06** y salud **2024-06** de la siguiente manera:

14-11	ARL SURA															0		30	$2.327.200	$57.900	$0	$0	Junio - 2024	78110610	11/07/2024	M
CCF24	Compensar Caja de Compensación Familiar															0		30	$2.327.200	$14.100	$0	$0	Junio - 2024	78110610	11/07/2024	M
EPS008	Compensar EPS															0		30	$2.327.200	$292.200	$0	$0	Junio - 2024	78110610	11/07/2024	M
230301	Porvenir															0		30	$2.327.200	$374.000	$0	$0	Junio - 2024	78110610	11/07/2024	M

El presente certificado se expide a los 11 días del mes Julio de 2024

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

Gmail Andrea Contreras <andreco85@gmail.com>

PSE Transacción Aprobada - CUS 769990531

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co> 11 de julio de 2024, 14:45
Para: andreco85@gmail.com



¡Hola, JOHANNA ANDREA CONTRERAS MARIN!

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

Estado de la Transacción: Aprobada
CUS: 769990531
Empresa: COMPENSAR-CI
Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Valor de la Transacción: $ 737.300
Fecha de Transacción: 11/07/2024

Ten en cuenta estos tips de seguridad

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

►Utiliza dispositivos de uso personal o confiable para realizar tus pagos.

Ciudad: Bogotá D.C Mes: JULIO Dia: 30 Año: 2024

CUENTA DE COBRO No. 6

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 Julio 2024.

CONCEPTO: Nutricionista – 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: ($2.519.850) 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 Rocio Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Paola Plata

NOMBRE: Sindy Paola Plata Nieto
C.C. 52.762.693
Correo: sp795@hotmail.com
Dirección: Carrera 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.

CLASIFICACIÓN DE CUERPO NO APTO PARA CARGO
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
PRO-R-11.08/MR/0004

PROFESIÓN	[illegible]
NOMBRE	[illegible]
CARGO	AUXILIAR DE LA
EMPRESA y SEDE	ECOPETROL

Fecha	PASO No.	PRUEBAS DE ASISTENCIA REQUERIDAS	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PONDERACIÓN	FECHA DE REVISIÓN	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
		1. Planear, ejecutar las actividades del mantenimiento de la flota asignada, de acuerdo con el cronograma de mantenimiento establecido por el supervisor de la empresa de acuerdo con los procedimientos de la empresa. 1.1. Mantenimiento preventivo 1.2. Mantenimiento correctivo 1.3. Mantenimiento predictivo 1.4. Mantenimiento de emergencia 1.5. Mantenimiento de rutina 1.6. Mantenimiento de mejoras	1.1 Planeación asignada al mes 1.2 Bitácora de procesos con registros de actividades en físico y digital 1.3 Registro fotográfico	25%	JULIO	OK		
		2. Coordinar con el Técnico Mecánico, Auxiliar Administrativo de Metrología SIS, la toma de cotización para el mantenimiento de la flota asignada. 2.1. Metrología SIS - Solicitar cotización (Medición) 2.2. Información de la plataforma Maximo / Servicios Funcionales Asignados 2.3 Manejo y Manipulación de Productos químicos y Limpieza, Cuidado de Ángulo (SIS)	2.1. Planeación asignada al mes 2.2. Bitácora de procesos con registros de actividades en físico y digital 2.3. Registro Fotográfico	10%	JULIO	OK		
		3. Verificar la cotización cuando se requiera, los____	3.1. Formato F11 y F13 para el proceso 3.2. Formato de visita de la Metrología (FOR-SIS-MTR-F10-MEC)	20%	JULIO	OK		
		4. Cargar en la plataforma Corporativa Maximo la información de las actividades ejecutadas dentro _____ registros diarios.	4. Descargue de excel, generado en aplicativo CUENTAME, donde se evidencian diariamente los participantes registrados máximo 8 días después del ingreso. 4.1. Actualización formato F11 4.2. Actualización formato F13	5%	JULIO	OK		
4 FEBRERO 2025	8	5. Seguimiento Institucional a través Cuenta Cuenta F13, Tarjeta de Operación con Hoja de Ruta y Carta de Pago de Mantenimiento según aplique cuidado	Hoja de Ruta (FOR-SIS-MTR-F13) 5.1. Cuenta asignada con Hoja 5.2. Inicio de la Hoja 5.3. Inicio para la Hoja (Formato F13) 5.4. Seguimiento Institucional (Formato F13) Carta de Pago de Mantenimiento Aplica (FOR-SIS-MTR-F09) para mantenimiento aplicado 5.5. Visita de Inspección realizada 5.6. Reporte de visita encontrado en el Hoja (Fotos) Diario 5.6. Desviación de las solicitudes del 03 los casos que requiere la asistencia de salud con Médico Auditor y con Equipo de Inspección Aguda, deberán contar con seguimiento y para servicios a las familias para la atención de servicios de la flota por SUMMIT (otros otros) 5.7. Cuenta de Hoja 5.8. Cuenta de Hoja, retirada, estable, evaluada 5.9. La información recibida debe registrarse en formato de este MTC actualizado de acuerdo con la familia asignada	25%	JULIO	OK		
		6. Suministro y apoyo técnico en logística SITIP, Mediciones Semanales	6 Formatos 6.1. Formato de Hoja de Control (FOR-SIS-MTR-F07) 6.2. Hoja de verificación de la MTR con el fin de evitar fallas en transporte de la Herramienta 6.3 Registro en la medida	5%	JULIO	OK		
		7. Asumir pedir, verificar y apoyar PQR y SITIP	7 Formatos 7.1. Formatos de Solicitud y Verificación 7.2 Actividades de PQR 7.3 Actividades de SITIP	5%	JULIO	OK		
		8. Verificación y seguimiento apoyo Metrología	8.1 Realizar la verificación de las mejoras de mantenimiento en metrología para verificaciones internas 8.2 Realizar la Hoja de verificación de metrología para el Hoja Diario Herramienta y los procedimientos según aplique	5%	JULIO	OK		
		9. Seguimiento diario (Hoja)	9.1 Realizar verificación de las mejoras de Metrología	5%	JULIO	OK		
		10. Informe de gestión mensual de informes (Formato) y gestión de Hoja	10 Formato (archivo - Excel) por (un mes): Diario 10.1 SIS Activos Datos de visita por Auditor/a 2 Hoja de Verificación de CONTRATO 3 Calificación del cumplimiento de SIS 10.2 SIS entregado Observación/Observaciones del cumplimiento	10%	JULIO	OK		
				100%				

FIRMA CONSULTOR/A	
NOMBRE	
C.C.	

FIRMA COORDINADOR/A	
NOMBRE	
C.C.	

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Enviado SENA e ICBF
CC 52702693		PLATA HIETO SINDY PAOLA	DEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 81C 55 75 SUR	BOGOTa BOGOTa D.C.	3600000	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2024-07	2024-07	710576199	140143737	I	2024/08/13	2024/07/02	BANCOLOMBIA	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
1	CC	52702693	PLATA HIETO 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	$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

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	$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
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				1	$384,100	$0	$0	$384,100

2024/07/16 12:36 PM



ACH Colombia Oficial

@ACHColombia_

ACHColombiaOficial

ACH Colombia Oficial

PSE Transacción Aprobada - CUS 743876199

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co>
Lun 1/07/2024 3:42 PM
Para:sp795@hotmail.com <sp795@hotmail.com>



¡Hola, SINDY PAOLA PLATA NIETO!

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

Estado de la Transacción: **Aprobada**
CUS: 743876199
Empresa: APORTES EN LINEA
Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9469458707
Valor de la Transacción: $ 384.100
Fecha de Transacción: 01/07/2024

Ten en cuenta estos tips de seguridad

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

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

CUENTA DE COBRO No. 6

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 PESO M/Cte.
PERIODO: Fase de Atención julio 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 **peso** 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 # 1100/605/2024

PROGRAMA	SEMI CRIANDO FUTUROS (MEN)
NOMBRE	Angie Tatiana Hurtz
CARGO	APOYO PEDAGOGICO UDS
PERIODO y FECHA	JULIO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	APOYO PEDAGOGICO: FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION JULIO	6	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales **Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación y subidos al drive correspondiente del Grupo de Atención**	**1.1 Planeación Grupal,** con las cuatro planeaciones de las áreas correspondientes (Formato ICBF) (Primer lunes del mes) **1.2 Cartilla digital:** i. Parte uno: conocimientos al 100% diligenciada ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada iii Diligenciamiento de la parte dos: Priorización de Practicas iv. Diligenciamiento de la movilización social: Julio Palmitas que genten futuro	30%	JULIO	OK A pleneo		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DINF) **Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación, tener en cuenta lo planeado en los mismos proyectos**	**2.1. Planeacion Encuentro en el hogar** (1 por cada participante - cargada en el cuaderno digital en el drive correspondiente - de acuerdo al grupo atareo) - fototicia. **2.2 Cronograma de visitas,** con las respectivas Fotos - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/o _____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atención correspondiente **2.3 Cartilla digital Parte uno:** i. Conocimientos al 100% diligenciada ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada. iii. Seguimiento al desarrollo, escala de valoración iv. Aplicación de escalas (Ingreso Abril) (UDS Periodistas) v. Socialización de Escalas (Ingreso Abril) (UDS Periodistas)	15%	JULIO	50 visitas		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentación requerida tanto en físico como en drive (50)	Actualización de los nuevos participantes 3.1 Seguimiento mediante la **lista de chequeo** de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Acomodación de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada OA y sus UA. 3.3 Digitalización de cada uno de los documentos de los participantes del OA_ 3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas) 3.5 formato de uso de imágenes y de inscripción de ICBF 3.6 Formato compromiso entrega de documentos a todos los participantes	10%	JULIO	OK		
		4. Entrega y socialización de las escuelas	4.1 Entrega de la escuela correspondiente de los niños y niñas que aplican para el mes Julio__ (documentos en físico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante) 4.2 Socializacion de la escuela ____ (participantes abril) (UDS Periodistas)	5%	JULIO	N/A		
		5. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento	5.1 Apoyar en el seguimiento de novedades de inasistencia, casos de estados de salud, juegarlos, hechos de violencias y demás que se presenten en los encuentros por grupo de atención	15%	JULIO	OK		
		6. Formato de ficha de caracterización de practicas y acciones IF	6.1 .2 Apoyar en los Archivos de nivel de practicas (1 x UA) participantes nuevos	7%	JULIO	OK		
		7. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faciliten el ejercicio pedagogico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	7.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS que se sean asignados. 7.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 7.3 Buen uso de los materiales de consumo que se entregan para la	20%	JULIO	OK		
		8. Participar y apoyar en las dinamicas relacionadas con la operación.	8.1 Asegurar y mantener el orden y la limpieza, junto con el equipo de trabajo, de las unidades de servicio 8.2. Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes	3%	JULIO	OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	Angie Tatiana Hurtz
C.C.	1.020.786.375

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Emile Rojas A
C.C.	52218 [illegible]

VoBo PEDAN

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	1020785378	ANGIE TATIANA MUÑOZ CARDENAS		carrera 1 bis este # 162a 43	8617083746	angy1@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	1
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-06	2024-06	1	15/07/2024	70483418	$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 PENSION												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800229739-8	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 Nota 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	830031790-5	6.800				6.800	0	0	6.800			68	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 Administradores	No. Administradores Reportados	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.800	162.800
Pensión	1	208.800	208.800
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	ENCARGADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1020798319	AMOR TATIANA MUÑOZ CARDENAS		carrera 1 (de este # 162a 42	6017003740	angy1@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
CANICA	1 - Independiente			BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DAME/BANCO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DAME/BANCO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	VPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-08	2024-09	1	10/07/2024	76488418	$377.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. ID. Identificación	Apellidos y Nombres	Extranjero	Colombiano	Estudiante	Extranjero	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días COT	IBC Otros parafiscales	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 Cotiz	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1020798319	MUÑOZ CARDENAS ANGIE TATIANA	NO	0																			30		23004	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS005	1.300.000	652.500	14-11	1.300.000	1	6.500		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

TIGO LTE 9:36 a.m. 56 %

Detalle del movimiento

Pago realizado

Pago en
Compensar-oi

¿Cuánto?
$ 377.300,00

Fecha
10 de julio de 2024 a las 11:43 a. m.

Referencia
M3030368

¿De dónde salió la plata?



Disponible
$ 377.300,00

Ciudad: BOGOTA D.C Mes: JULIO Dia: 30 Año: 2024

CUENTA DE COBRO No. 06

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 peso M/Cte.
PERIODO: Fase Atención julio 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 vinculo laboral alguno, ni da lugar a ninguna clase de Prestaciones Sociales de conformidad con lo establecido por la Normatividad Vigente.

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

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($2.211.631) Dos Millones Doscientos Once mil Seiscientos treinta y un **peso** 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 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
DR. CLL 70A # 45C - 10 SUR
Tel. 3114819477
Correo.patty.pb45@gmail.com

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

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO POR CARGO
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
CTO # 1300/606/2021

PROGRAMA	GRAN GESTANDO FUTURO FENIFEF
NOMBRE	Claudia Patricia Bertrago
CARGO	APOYO PEDAGOGICO UBS
PERIODO y FECHA	JULIO

					APOYO PEDAGOGO			
FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISIÓN	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION JULIO	8	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación y subidos al drive correspondiente del Grupo de Atención	1.1 **Planeación Gesgel**, con los cuatro planeadores de los cinco correspondientes (Formato ICBF) (Primer lunes del mes) 1.2 **Cartilla digital:** i. Parte uno: conocer donos al 100% diligenciada ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada iii. Diligenciamiento de la parte dos: Priorización de Practicas. iv.. Diligenciamiento de la movilización social: Julio Fenalios que gestar futuros	30%	Julio	OK.		
		2. Desarrollar de manera exitosa, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DMP). Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación, tener en cuenta lo planeado en los micropropositos	2.1. **Planeacion Encuentro en el hogar** (1 por cada participante - cargado en en el cuaderno digital en el día correspondiente - de acuerdo al grupo etareo) - Materna. 2.2 **Cronograma de visitas**, con los respectivos Fenas - que evidence 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:** i. Cuestionodonos al 100% diligenciada. ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada. iii. Diligenciamiento al desarrollo, escala de valoración iv. Aplicacion de escalas (ingresos Abril) (UDS Periodistas) v. Socialización de Escalas (ingresos Abril) (UDS Periodistas)	15%	Julio	Us visitas 2 pendiente		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en físico como en drive (50)	Actualización de los nuevos participantes 3.1 Seguimiento mediante la **lista de chequeo** de los documentos entregados por los padres pio acudientes del participante 3.2 Acomodacion de las cajas respectivas con las carpetas organizadas por grupo etareo por sede GA y las UK. 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) 3.5 formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF 3.6 Firmeta compromiso entrega de documentos a todos los participantes	18%	Julio	ok.		
		4. Entrega y socialización de las escalas	4.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que aplique para el mes Julio__ (documento en físico en las carpetas y escaneado en la casilla digital del participante) 4.2 Socializacion de la escala ____ (participantes abril) (UDS Periodistas)	5%	Julio	NA		
		5. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, grupa, o falta de algun documento	5.1 Apoyar en el seguimiento de novedades de inasistencia, casos de estados de salud, puntajes, fechas de valoracion y demás que se presenten en las encuentros por grupo de atencion	10%	Julio	OK		
		6. Formato de ficha de caracterización de practicas y acciones ID	6.1 3 Apoyar en los Archivos de excel de practicas (1 x UN(participantes nuevos	7%	Julio	ok.		
		7. Generar espacios y ambientes enriquecidos que fortalezcan el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	7.1 Ambientacion de espacios fisicos de la UDS que se sean asignados 7.3 Los espacios ilimerados deben contar con una intencionalidad pedagógica 7.1 Dure unade los materiales de consumo que se entreguen para la	20%	Julio	ok.		
		8. Participar y apoyar en los diferentes articuladas con la operación	8.1 .Asegurar y mantener el orden y la limpieza, junto con el equipo de trabajo, de las unidades de servicio 8.2 Participar activamente en las grupos de Estudio programados en el mes	2%	Julio	ok.		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Claudia Patricia Bertrago
NOMBRE:	Claudia Patricia Bertrago
C.C.	52693323

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Enuce Rojas
C.C.	52985670

V°B° ENUR

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 51893373		BUITRAGO CARO CLAUDIA PATRICIA RAQUEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cl 70c # 45-20	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
2024-06	2024-06	22496113	1048561593	I	2024/07/12	2024/07/12	BANCO DE OCCIDENTE	0	$377,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$142,500			$0	$0			$1,300,000	$4,600		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$142,500			$0	$0			$1,300,000	$4,600		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$142,500			$0	$0			$1,300,000	$4,600		$0	$0
1	CC	51893373	BUITRAGO CLAUDIA	DIRIGE	30	$1,300,000	$208,000	EPS001	30	$1,300,000	$142,500		0	$0	$0	14-71	30	$1,300,000	$4,600	0	$0	$0
Total Afiliados(1)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$142,500			$0	$0			$1,300,000	$4,600		$0	$0

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 51893373		BUITRAGO CANO CLAUDIA PATRICIA RAQUEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cl 70a nº49-20	BOGOTA-BOGOTA D.C.	3154819427	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-06	2024-06	ZD496113	94036593	I	2024/07/17	2024/07/12	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
COLFONDOS	23001	800,227,940	6	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

EFECTIVO LTDA
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9513938490 DV: 457452
Cliente:113237 PLANILLAS AVAL Aportes en Linea Arus Compensar Asopagos Simple Mi Plan
Fecha: 12/07/2024 15:22:50
PAP: 902405
Nombre: XXX
Apellido 1: XXX
NUM PLANILLA: 9469361593
TIPO DE IDENTIFICACION: CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO IDENTIFICACION: 53093373
PERIODO: 202406
Referencia: 9469361593Valor: $377.300,00

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

Powered by CamScanner

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

CUENTA DE COBRO No. 6

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 PESO M/Cte.
PERIODO: Fase de Atención Julio 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 peso 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,
Karen 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 # 1100/003/2024

PROGRAMA	GRAD GESTIONDO FUTURO FEMENIL
FACILITADOR	Karenth Jazmeth Junco
CARGO	APOYO PEDAGOGICO UDS
PERIODO y FECHA	JULIO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	APOYO PEDAGOGICO: FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION JULIO	6	1. Planear, desarrollar e implementar formatos de fichas mediante encuentros grupales. Todos los evidencias deben ser entregadas en PDF para la verificación y subidas al drive correspondiente del Grupo de Atención	1.1 **Planeación Gospel**, con los cuatro planeadores de las áreas correspondientes (Formato ICBF) (Primer lunes del mes) **1.3 Carilla digital** a. Pasta una: conocedoras al 100% diligenciado b. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada c. Diligenciamiento de la parte dos: Priorización de Practicas e. Diligenciamiento de la movilización social: Julio Familias que gestan futuro	20%	3 julio	ok 1 planeador ctong		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DMF). Todos los evidencias deben ser entregados en PDF para la verificación, tener en cuenta lo planeado en los micrcrogramas	2.1. **Planeación Encuentro en el hogar** (1 por cada participante - cargada en en el evidencia digital en el drive correspondiente - de acuerdo al grupo atareo) - histórico. **2.2 Cronogramas de visitas**, con las respectivas Fechas - con evidencia al Desarrollo de los 50 y/o ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atención correspondiente **2.3 Carilla digital Parte uno:** a. Conocedoras al 100% diligenciado, b. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, d. Seguimiento al desarrollo, ensala de valoración e. Aplicacion de escalas (Ingresos Abril) (UDS Periodistas) e. Socializacion de Escalas (Ingresos Abril) (UDS Periodistas)	15%	Julio	50 ok		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en fisico como en drive (DB)	Actualizacion de las nuevas participantes 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 negativas con sus carpetas organizadas por grupo etario por sede CR y con UA 3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes de CA_ 3.4 Archivo Fisico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas) 3.5 formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF 3.6 Formato compromiso entrega de documentos, a todos los participantes.	10%	Julio	ok		
		4. Entrega y socializacion de las escalas	4.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que apliquen para el mes Julio__ (documento en fisico en las carpetas y escaneado en la carilla digital del participante) 4.2 Socializacion de la escala ____ (participantes abril) (UDS Periodistas)	5%	Julio	n/a		
		5. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento	5.1 Apoyar en el seguimiento de novedades de inasistencia, casos de estados de salud, psoriasis, heches de relevancia y demas que se presenten en los encuentros por grupo de atencion	10%	Julio	ok		
		6. Reenvio de ficha de caracterizacion de practicas y acciones IP	6.1.3 Apoyar en los Archivos de recel de practicas (1 x UA) participantes nuevos	7%	Julio	ok		
		7. Gestionar espacios y ambientes enriquecidos que faciliten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	7.1 Ambientacion de espacios fisicos de la UDS que se sean asignados. 7.2 Los espacios intervenidos deben estar con una intencionalidad pedagógica. 7.3 Reenvio de las evidencias de cronograma para su revision para la	10%	Julio	ok		
		8. Participar y apoyar en las dinamicas relacionadas con la operación	8.1 Asegurar y mantener el aseo y la limpieza, junto con el equipo de trabaja, de las unidades de servicio 8.2. Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes	3%	Julio	ok		
		TOTAL		100%				

FIRMA CONTRATISTA	Karenth Junco
NOMBRE:	Karenth Junco
C.C.	52832713

FIRMA COORDINADORA	Em Le P
NOMBRE:	Em Le P
C.C.	52832713

Apoyo Comunitario

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: 77775493

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	KARENTH JEANNETH JUNCO
Tipo y número de identificación	CC52932713
Número de planilla	77775493
Fecha pago	2024-07-15
Número de autorización pago	1754400
Banco	1063

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	junio de 2024
Periodo de Cotización Pensión	junio de 2024
Número de Administradoras	3
Total Pagado	380600
Total Intereses de Mora	3300

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	6900	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	209800	1
EPS008	Compensar EPS	163900	1

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	6900	0

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

COMPENSAR

NIT 860066942-7

RECAUDO MIPLANILLA

FECHA Y HORA TRANSACCIÓN: 2024/07/12 - 4:51 p. m.

DOCUMENTO: CC 52932713

NOMBRE USUARIO:

KARENTH JEANNETH JUNCO

MODULO: KENMAQ01

ID PAGO 39679712

NO PLANILLA: 8377775493

PERIODO DE PAGO: junio

VALOR PAGADO: $ 380600

Ciudad: Bogotá D.C Mes: JULIO Dia: 30 Año: 2024

CUENTA DE COBRO No. 6

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 PESO M/Cte.
PERIODO: Fase de Atención Julio 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 autonomia, frente a la Asociación Profesionales de Colombia, razón por la cual no constituye vinculo laboral alguno, ni da lugar a ninguna clase de Prestaciones Sociales de conformidad con lo establecido por la Normatividad Vigente.

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

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($2.211.631) Dos millones doscientos once mil seiscientos treinta y un peso 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,
Mayerly Gómez Suarez
NOMBRE: Mayerly Andrea Gómez 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 # 1100/605/2024

PROGRAMA	ESAF SEMBRANDO FUTURO REMEDY
NOMBRE	Merelin Gómez Bossio
CARGO	APOYO PSICOSOCIAL UDS
PERIODO y FECHA	JULIO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS a ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	APOYO PSICOSOCIAL: FECHA DE REVISIÓN	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION JULIO	6	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales **Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación y subidos al drive correspondiente del Grupo de atención**	**1.1 Planeación Grupal**, con los cuatro planeaciones de las áreas correspondientes (Formato ICBF) (Primer lunes del mes) **1.2 Cartilla digital** i. Pista uno: conociéndonos al 100% diligenciada ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada iii Diligenciamiento de la parte dos: Priorización de Prioridades iv.. Diligenciamiento de la movilización social: Julio Familias que quieren futuro	20%	JULIO	OK 4 planes		
		2. Desarrollar de manera exitosa, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de niñez (58 encuentros de formación (DMF) **Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación, teniendo en cuenta lo planeado en los microproyectos**	**2.1. Planeación Encuentro en el hogar** (1 por cada participante - cargada en en el cuaderno digital en el día correspondiente - de acuerdo al grupo etario) - Natalia. **2.2 Cronograma de visitas,** con los respectivos Fonus - que evidencie el Desarrollo de los 58 y/o ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a los Grupo de atención correspondiente. **2.3 Cartilla digital Parte uno:** i. Conociéndonos al 100% diligenciada, ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, iii. Seguimiento al desarrollo, escala de valoración iv. Aplicación de escalas (Ingresos Abril) (UDS Prioritarios) v. Sociolización de Escalas (Ingresos Abril) (UDS Prioritarios)	15%	JULIO	OK 44 6 Pareja		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentación soportada tanto en física como en drive (58)	Actualización de los nuevos participantes 3.1 Seguimiento mediante la **lista de cheques** de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Acomodación de los soportes respectivos 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 (Carpetas) 3.5 formato de uso de imágenes y de inscripción de ICBF 3.6 Formato comprimiso entrega de documentos a todos los participantes	10%	JULIO	6 Nuevos		
		4. Entrega y socialización de las escalas	4.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que aplican para el mes Julio__ (documento en física en las carpetas y escaneado en la cuenta digital del participante) 4.2 Socialización de la escala ____ (participantes abril) (UDS Prioritarios)	5%	JULIO	N/A		
		5. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algún documento	5.1 Apoyar en el seguimiento de novedades de inasistencia, casos de estados de salud, puerperio, hechos de violencias y demás que se presenten en los encuentros por grupo de atención	10%	JULIO	OK		
		6. Formato de ficha de caracterización de practicas y sesiones IT	6.1 Apoyar en los Archivos de excel de practicas (1 x UA) participantes nuevos	7%	JULIO	OK		
		7. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faciliten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	7.1 Acondicionar de espacios físicos de la UDS que se sean originales 7.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica 7.3 Buen uso de los materiales de contacto que se emplean para la	20%	JULIO	OK		
		8. Participar y apoyar en las diversas actividades con la operación.	8.1 Asegurar y mantener el orden y la limpieza, junto con el equipo de trabajo, de las unidades de servicio 8.2. Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes.	5%	JULIO	OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	Merelin Gómez
C.C.	1030555808

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Emilce Rojas
C.C.	52969[illegible]

Los cumplió

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 **8378042780** para el periodo de salud **2024-06** y pensiones **2024-06** de la siguiente forma.

Riesgos Laborales	14-11	ARL SURA	[illegible]	ST	0	0	30	$1.300.000	0.00522	1	$6.800	Junio - 2024	8378042780	11/07/2024	N
Salud	EPS008	Compensar EPS	860066942	ST	0	0	30	$1.300.000	0.12500		$162.500	Junio - 2024	8378042780	11/07/2024	N
Pensiones	230201	Protección (ING + Protección)	800229739	ST	0	0	30	$1.300.000	0.16000		$208.000	Junio - 2024	8378042780	11/07/2024	N

El presente certificado se expide a los 11 días del mes Julio de 2024

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

Powered by [illegible]

TRANSACCIÓN EXITOSA

Fecha	11/07/2024
Hora	14:13:51
Terminal	313187
Convenio	PILA PLANILLA ASI STIDA COMPE NSAR MI PLANIL LA
Cod. Convenio	1138
Comercio	415897
No. aprob Banco	556234
Referencia	8378042780
No. aprob Puntored	000946053112
Valor	$379,400
Usuario de Venta	GINNETH ANDREA SA L

Línea de atencion Nacional
01 8000 512825 Opción 2 Email:
corresponsaleaval@en-contacto.co

BANCO DE OCCIDENTE
VIGILADO SUPERINTENDENCIA
FINANCIERA DE COLOMBIA

Powered by CamScanner

Ciudad: BOGOTA D.C Mes: JULIO Dia: 30 Año: 2024

CUENTA DE COBRO No. 06

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 M/CTE.
PERIODO: Fase Atención Julio 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 Dia Mes Año en constancia:
Firmo _____

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($2.211.631) Dos millones doscientos once mil seiscientos treinta y un peso 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 Rocio 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	DRIVE GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	NOHORA ROJAS
CARGO	APOYO PEDAGOGICO UDS
PERIODO y FECHA	JULIO

					APOYO PEDAGOGICO			
FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	AVANCE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION JULIO	6	1. Planear, desarrollar e implementar las tertulias de familias mediante encuentros grupales **Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación y validez en el drive correspondiente del Grupo de Atención**	1.1 **Planeación Grupal**, con los cuatro planeadores de las áreas correspondientes (Formato IGBF) (Primer lunes del mes) 1.2 **Cartilla digital:** i. Parte uno: cronogramas al 100% diligenciado ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciado iii Diligenciamiento de la parte dos: Priorización de Practicas iv. Diligenciamiento de la movilización social: Julio Familia que ganan futuro	30%	JULIO	DE 4 PLANEADORES		
		2. Desarrollar la tertulia creativa, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIRF) **Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación, tener en cuenta lo planeado en los cronoproyectos**	2.1. **Planeacion Encuentros en el hogar:** (1 por cada participante - cargada en en el cuaderno digital en el drive correspondiente - de acuerdo al grupo interes) - heteros. 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:** i. Cronogramas al 100% diligenciada. ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada. iii. Seguimiento al desarrollo, escala de valoración iv. Aplicacion de escalas (Ingresos Abril) (UDS Pelodeliss) v. Revisitacion de Escalas (Ingresos Abril) (UDS Pelodeliss)	15%	JULIO	50 VISITAS, 49 CUMPLIDAS		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en Físico como en drive (50)	Actualización de los nuevos participantes 3.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Alistamiento de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y su 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 (respetivo) 3.5 Formato de uso de imagenes y de inscripcion de IGBF 3.6 Evidencia compromiso entrega de documentos a todos los participantes	15%	JULIO	OK		
		4. Entrega y socializacion de las escalas	4.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que aplique para el mes Julio__ (documento en físico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante) 4.2 Socializacion de la escala ____ (participantes abril) (UDS Pelodeliss)	5%	JULIO	N/A		
		5. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento	5.1 Apoyar en el seguimiento de novedades de inasistencia, casos de estados de salud, puerperios, hechos de violencias y demás que se presenten en los encuentros por grupo de atención)	10%	JULIO	OK		
		6. Formato de ficha de caracterización de practicas y acciones?	6.1 3 Apoyar en los Archivos de excel de practicas (1 x UA) participantes nuevos	7%	JULIO	OK		
		7. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faciliten el ejercicio pedagogico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	7.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS que se sean asignados. 7.2 Los espacios ofertados deben contar con una intencionalidad pedagógica 7.3 Buen uso de los materiales de consumo que se asignen para la	10%	JULIO	OK		
		8. Participar y apoyar en las dinamicas relacionadas con la operación.	8.1. Asegurar y mantener el orden y la limpieza, junto con el equipo de trabajo, de las unidades de servicio 8.2. Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes	3%	JULIO	OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Nohora Rojas
NOMBRE:	NOHORA ROJAS
C.C.	1006[illegible]

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	
C.C.	

VPB° EMM

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	Dv	Razón Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 51814455		ROJAS MEDINA NOHORA ROSALBA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 8ng 146 18	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3204878134	no

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2024-06	2024-06	7718315[illegible]	9469155734	I	2024/07/12	2024/07/12	9028	0	$172,800

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	$182,000			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000				$1,300,000	$182,000			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.C. (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000				$1,300,000	$182,000			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0
1	CC 51814455	ROJAS NOHORA	15-14	30	$1,300,000	$208,000	17000	III		$1,300,000	$182,000		0	$0	$0	1414	30	$1,300,000	$6,800	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,300,000	$208,000				$1,300,000	$182,000			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
51581405		ROJAS PEDRA MIRIAM ROSALBA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 81g 14b 19	BOGOTA-BOGOTA D.C.	3204878184	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-06	2024-06	771851591	94691502724	I	2024/07/12	2024/07/12	BBQUI	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	860,903,790	5	1	$6,800	$0	$0	$6,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
SANITAS	EPS003	830,251,440	6	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				1	$377,300	$0	$0	$377,300

12:07 p. m.

Resumen de pago

Descripción de compra
Pago de la Planilla de aportes con clave\
9469155734

Estado de la solicitud
Transacción aprobada

Tienda
APORTES EN LINEA

Fecha de solicitud
12 de julio de 2024

CUS
771831592

¿Cuánto?
$ 377.300,00

Factura de comercio
9469155734

Tu plata salió de:


Disponible

Listo

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

CUENTA DE COBRO No. 06

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 PESO M/CTE.
PERIODO: Fase Atención JULIO 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 peso 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 Rocio Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

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 # 1100/605/2024

PROGRAMA	DAVI GESTANDO FUTURO REMEDIAR
NOMBRE	Nicol Barrero Vasquez
CARGO	APOYO PEDAGOGICO HBS
PERIODO y FECHA	JULIO

					APOYO PEDAGOGICO			
FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR (ES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION JULIO	6	1. Planear, desarrollar e implementar Sesiones de familias mediante encuentros grupales **Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación y subidos al drive correspondiente del Grupo de Atención**	1.1 **Planeación Grupal**, con los cuatro planeadores de las áreas correspondientes (Formato CBF) (Primer lunes del mes) 1.2 Cartilla digital I. Parte uno: conocimientos al 100% diligenciada ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada iii Diligenciamiento de la pasta dos: Proyecto de Practicas iv. Diligenciamiento de la resolución social: Julio Familias que ganan futuro	30%	Julio	4 Grupales		
		2. Desarrollar de manera exitosa, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DMF) **Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación, tener en cuenta lo planeado en los microproyectos**	2.1. **Planeación Encuentro en el hogar** (1 por cada participante - cargado en en el cuaderno digital en el drive correspondiente - de acuerdo al grupo atareo) - Talleres 2.2 **Cronograma de visitas**, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 (o ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atención correspondiente. 2.3 **Cartilla digital Parte uno:** I. Conocimientos al 100% diligenciada, ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, iii. Seguimiento al desarrollo, escala de valoración iv. Aplicacion de escalas (Ingresos Abril) (UDS Periodistas) v. Socializacion de Escalas (Ingresos Abril) (UDS Periodistas)	15%	Julio			25 EH 25 visitas
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en físico como en drive (SG)	Actualizacion de los nuevos participantes 3.1 Seguimiento mediante la **lista de chequeo** de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Acercamiento de las vigías respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y los UA 3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos dados participantes del GA_ 3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (caspetas) 3.5 tomado de uso de imagenes y de inscripcion de CBF 3.6 Formato compromiso entrega de documentos a todos los participantes	10%	Julio	OK		
		4. Entrega y socializacion de las escalas	4.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños o niñas que aplican para el mes Julio__ (Documento en física en las carpetas y escaneada en la cartilla digital del participante) 4.2 Socializacion de la escala ____ (participantes abril) (UDS Periodistas)	5%	Julio	OK		
		5. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento	5.1 Apoyar en el seguimiento de novedades de inasistencia, casos de estados de salud, puerperio, hechos de violencia y demás que se presenten en los encuentros por grupo de atencion	10%	Julio	OK		
		6. Formato de ficha de caracterización de practicas y ambientes IT	6.1 3 Apoyar en los Archivos de excel de practicas (1 a UA) participantes nuevos	2%	Julio	OK		
		7. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faciliten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	7.1 Acondicionar de espacios físicos de la UDS que se vean asignados 7.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 7.3 Buen uso de los materiales de consumo que se emplean para la	20%	Julio	OK		
		8. Participar y apoyar en las dinamicas relacionadas con la operación.	8.1. Asegurar y mantener el orden y la limpieza, junto con el equipo de trabajo, de los ambientes de servicio 8.2. Participar activamente en los grupos de Estado programados en el mes	3%	Julio	OK		
			TOTAL	100%	Julio			

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	Nicol Barrero
C.C.	1233489641

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Emice Polo
C.C.	52786796

VOBO EMW

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1233489641		BARRIGA VASQUEZ NICOL ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 2 # 89 B 17	BOGOTA-BOGOTA D.C.	3138138	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-06	2024-06	732743165	94690178 10	I	2024/07/10	2024/07/17	MOVII	7	$405,600

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	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$182,500			$1,300,000	$26,000			$1,300,000	$4,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$182,500			$1,300,000	$26,000			$1,300,000	$4,800		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.C. (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$182,500			$1,300,000	$26,000			$1,300,000	$4,800		$0	$0
1	CC	1233489641	BARRIGA VASQUEZ NICOL ALEJANDRA	23926	30	$1,300,000	$208,000	DP0008	30	$1,300,000	$182,500	CCF24	30	$1,300,000	$26,000	14-11	30	$1,300,000	$4,800	30	$0	$0
Total Afiliados(1)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$182,500			$1,300,000	$26,000			$1,300,000	$4,800		$0	$0

2024/07/17 07:47 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 1233[illegible]41		BARRIOS VASQUEZ NICOL ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 1 # 89 B 17	BOGOTA-BOGOTA D.C.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-06	2024-06	702742155	94699178[illegible]32	I	2024/07/10	2024/07/17	HUGO	7	$405,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$1,100	$0	$209,100
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$208,000	$1,100	$0	$209,100
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
COMFENALCO	CCF24	860,066,942	7	1	$26,000	$200	$0	$26,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$900	$0	$163,400
COMFENALCO	EPS008	860,066,942	7	1	$162,500	$900	$0	$163,400
TOTAL				1	$403,300	$2,300	$0	$405,600

PSE Transacción Aprobada - CUS 782742765 ✅ Recibidos

S **serviciopse@achcolom...** Ayer

para mí



¡Hola, Nícol barrero!

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

Estado de la Transacción: **Aprobada**
CUS: 782742765
Empresa: APORTES EN LINEA
Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9469017832
Valor de la Transacción: $ 405.600
Fecha de Transacción: 17/07/2024

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.

Powered by CamScanner

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

CUENTA DE COBRO No. 6

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

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

NOMBRE: SOONER SUSANA CHAVES RODRIGUEZ
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 peso M/Cte
PERIODO: Fase de Atención Julio 2024.

CONCEPTO: Apoyo Pedagogico – 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 peso 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: 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 # 1100/605/2024

PROGRAMA	GIAF GESTANDO FUTURO REMEDY
NOMBRE	SOOKE CHAVES.
CARGO	APOYO PEDAGOGICO 1/2
PERIODO y FECHA	JULIO

					APOYO PEDAGOGO :			
FASE	PAGO Hs	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION JULIO	8	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación y subidos al drive correspondiente del Grupo de Atención	1.1 **Planeación Grupal**, con las cuatro planeaciones de las áreas correspondientes (Formato ICBF) (Primer lunes del mes) 1.2 **Cartilla digital** i. Parte uno: consentimiento al 100% diligenciada ii Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada iii Diligenciamiento de la parte dos: Priorización de Practicas iv. Diligenciamiento de la movilización social: Julio Familias que gestan futuro	30%	Julio	OK.		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de acuerdo del derrotero de formación (DBF) Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación, tener en cuenta lo planeado en los microespacios	2.1. **Planeación Encuentro en el hogar** (1 por cada participante - cargada en en el cuaderno digital en el drive correspondiente - de acuerdo al grupo atareo) - historica. 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:** i. Consentimiento al 100% diligenciada. ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada. iii. Seguimiento al desarrollo, escala de valoración iv. Aplicacion de escalas (Ingreso Abril) (UDS Periodistas) v. Socializacion de Escalas (ingreso Abril) (UDS Periodistas)	15%	Julio	OK 80.		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en físico como en drive (SE)	Actualización de los nuevos participantes 3.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y acudientes del participante 3.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por sede GX y sus UA 3.3 Digitalizacion de cada una de los documentos de los participantes del GA_ 3.4 Archivo Fisico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas) 3.5 formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF 3.6 Formato compromiso entrega de documentos a todos los participantes	10%	Julio	OK 9 Juegos		
		4. Entrega y socializacion de los escalas	4.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que aplique para el mes Julio__ (documento en físico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante) 4.2 Socializacion de la escala ____ (participantes abril) (UDS Periodistas)	5%	Julio	N/A		
		5. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun dominante	5.1 Apoyar en el seguimiento de novedades de inasistencia, casos de estados de salud, puerperios, brechas de violencias y demás que se presenten en los encuentros por grupo de atencion	10%	Julio	OK		
		6. Formato de ficha de caracterización de practicas y acciones IT	6.1 3.Apoyar en los Archivos de excel de practicas (1 x UA) participantes nuevos	7%	Julio.	OK		
		7. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faciliten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	7.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS que se nos asignados. 7.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 7.3 Buen uso de los materiales de consumo que se emplean para la	20%	Julio	OK		
		8. Participar y apoyar en las dinamicas relacionadas con la operación.	8.1 .Asegurar y mantener el orden y la limpieza, junto con el equipo de trabajo, de las unidades de servicio 8.2. Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes	3%	Julio	OK		
			TOTAL	100%	Julio			

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	SOOKE CHAVES.
C.C.	52 822 653

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Emilce P.
C.C.	52238698

V°B°

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52847653	SOONER SUSANA CHAVES RODRIGUEZ		CRA 70 F 46 16 SUR BLOQUE 3	3204853372	suanachaves@hotmail.com	
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	1
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-08	2024-08	1	12/07/2024	74871104	$317.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN DEL APORTANTE								INFORMACIÓN DEL(OS) DÍAS																		PENSIÓN							SALUD			INCAPACIDADES LABORALES					APORTES				PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colilla	Vsp	Extranjero	Cotiz. Exterior	Novedad	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	IRL	SUS	EDF	VCT	AVP	VTE	RS	Cotizante	Días COL AFP	IBC AFP	Cotizante	Voluntario a Riesgos	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Días EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Días ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	52847653	CHAVES RODRIGUEZ SOONER SUSANA	31	0			R														X	25/4	1.300.000	208.000	0	0	0	0	30/30	1.300.000	193.506	30/30	1.300.000	1	6.504		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	[illegible]	SOOVER SUGAIN CHAVES RODRIGUEZ		CRA 70 F 46 16 SUR BLOQUE 3 [illegible]	3209053272	soonerchaves@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
CMCA	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	UPO
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-08	2024-08	1	12/07/2024	76637158	$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	268.000	0	0	0	0	0	0		268.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES														
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Mora 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	860039788-5	6.800				6.800	0	0	6.800			68	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 ISP, UVA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	162.500
Pensión	1	268.000	268.000
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

Banco de Bogotá

Comprobante de compra y pagos virtuales PSE

Pago exitoso

Número de autorización 702202

viernes, 12 de julio de 2024, 11:27:02 AM

Detalle

$377,300.00

Valor Pagado

IVA incluído:	$0.00
Pago a:	COMPENSAR-OI
Débito desde:	Cuenta de ahorros ******0032
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Fecha y hora inicio transacción	2024-07-12 11:26:07
NIT del comercio	9998600669427
Número de factura	78671154
Código Único de Seguimiento	771714654
Dirección IP:	165.225.222.189
Referencia 1:	165.225.222.189
Referencia 2:	CC
Referencia 3:	52847653

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

CUENTA DE COBRO No. 01

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
APC2024-DIMFPERIODISTAS-CON022

NOMBRE: MYRIAM ANGELICA LUENGAS VELASCO
CEDULA: 52.481.438
CUENTA BANCARIA: 274266964 BANCO: BOGOTA AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: ($2.211.631) DOS MILLONES DOSCIENTOS ONCE MIL SEISCIENTOS TREINTA Y UN PESO M/Cte.
PERIODO: Fase Atención Julio 2024

CONCEPTO: Auxiliar Administrativa DIMF Kennedy Gestando Futuro Gran Britalia 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: ($2.211.631) DOS MILLONES DOSCIENTOS ONCE MIL SEISCIENTOS TREINTA Y UN PESO 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,

ANGELI ALVAREZ

NOMBRE: Myriam Angelica Luengas Velasco
C.C. 52.481.438
DR: Calle 22 i #121 - 40
Tel. 3175406390
Correo. Angieluen@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	NMF OSTANDO FUTURO EMINENTE
NOMBRE	NYRIAM ANGELICA LUENGAS VELASCO
CARGO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO
PERIODO y FECHA	JULIO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCIÓN JULIO	1	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%	JULIO	OK		
		2. Manejo, registro e informe de plataforma CUENTAME **Nota aclaratoria:** No se puede agregar participantes sin la toma de talla y peso.	2.1. Cargue de Participantes Nuevos 351 de la UDS delegada 2.2 Cargue de Talento Humano Nuevo 2 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%	JULIO	OK		
		3. Sistematización de la información relacionada con los participantes.	3.1. Directorio de los participantes actualizado de la UDS delegada. Mes de Julio 3.2. Actualización de formatos RAM, Refrigerios, Bienestarina y entregada de RPP	15%	JULIO	OK		
		4. Organizar el archivo físico y garantizar la Seguridad de la información de los participantes.	4.1. Archivo físico de la UDS delegada (Oficios de gestión, actas de equipo, en el marco de los componentes) 4.2. Carpetas de los participantes vinculados a la UDS 350 Participantes.	5%	JULIO	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%				
		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)	5%				
		7. Solicitud de Refrigerios, Semanal	7.1. Kardex de ingresos y egresos de pedidos de refrigerios 7.2 Consolidado del mes 7.3 Oficio radicado en el dia de la solicitud de pedidos de refrigerios.	10%				
		8. Custodia y control de los equipos de computo e impresión.	8.1 Relación de fotocopiado e impresiones.	5%				
		9. Inventarios 2024	9.1. Inventario AFC	5%	JULIO	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%				
		11. Organizacion de la información en relacion a la encuesta de satisfacción	11.1 Acomodacion de la base diligenciada 11.2 Apoyo en la organizacion del informe correspondiente	15%				
		12. Organización y relación de servicios públicos	12.1 FB CONTRACTUAL parte A obligaciones contractuales registro y presentacion de la información	5%				
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	NYRIAM ANGELICA LUENGAS VELASCO
C.C.	52.481.458

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	EMILSE ROJAS AGUILAR
C.C.	52.270.676

VoBo EMU

Banco de Bogotá

Nit 860.002.964-4
Calle 36 Nº 7 - 47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que MYRIAM ANGELICA LUENGAS VELASCO, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 52.481.438 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 274266964, abierta/o desde el 16/2/2023.

Se expide en Bogotá el día 24 del mes de Julio del año 2024 con destino a:
PROFESIONALES DE COLOMBIA

Firma Autorizada

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

Powered by CamScanner

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

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

39. Ubicación
Dirección

Teléfono Fijo

Correo Electrónico	Municipio / Distrito	Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad CN TI CE CD RC CC PA SC	Número del documento de identidad	Sexo Femenino Masculino	Fecha de nacimiento D D M M A A A A	42. Fecha D D M M A A A A

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

☐ 56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC
Cantidad TOTAL

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

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

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

EPS Sanitas
ZONA IN
POR LA EPS
JUL 2024

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.481.438**

LUENGAS VELASCO

APELLIDOS

MYRIAM ANGELICA

NOMBRES

Angelica Luengas

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **25-NOV-1978**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1,60 ESTATURA | **AB+** G.S. RH | **F** SEXO

13-JUN-1997 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00162730-F-0052481438-20090714 **00134**20030A 1 1110101019

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 141075641591

(415)7707212489984(8020) 000014107564159 1

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	5 2 4 8 1 4 3 8	

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
LUENGAS	VELASCO	MYRIAM	ANGELICA

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 22 I 121 40

42. Correo electrónico: angiluen@gmail.com

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

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 2 1 9	2 0 0 8 0 6 1 9	0 0 1 0	2 0 2 0 0 1 0 2	8 2 1 1			

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5 4 9

05- Impto. renta y compl. regimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

54. Código

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] | 60. No. de Folios: 0 | 61. Fecha: 2024 - 07 - 27 / 17 : 36: 21

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se aplicarán 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: ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo:

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

seguros mundial®

tu compañía siempre

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

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

Afiliados

CAMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA PASA APF

LA COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A

CERTIFICA:

Que la garantía de Cumplimiento contenida en la póliza **COQ-100003525** y endoso, **0** cuyo afianzado es: **LUENGAS VELASCO, MYRIAM ANGELICA** Asegurado o Beneficiario: **ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA / ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA** , expedida por la Compañía en **26/07/2024,** no expirará por falta de pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella o por revocación unilateral por parte del Tomador o de la Compañía.

CEN ORINOQUIA a los **26** dias del mes **JULIO** del año **2024**.

Firma Autorizada - Compañía Mundial de Seguros S.A.

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

Ciudad: BOGOTÁ D.C Mes: JULIO 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-DIMFPERIODISTAS-CON022

NOMBRE: **DIANA MARGARITA MORALES ARRIETA**
CEDULA: **52.356.915 DE BOGOTA**
CUENTA BANCARIA: **380803239**, BANCO: BOGOTÁ AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: ($3.571.200) TRES MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y UN MIL DOSCIENTOS PESOS M/CTE.
PERIODO: **Fase Atención Julio 2024**

CONCEPTO: COORDINACION DIMF Kennedy Gestando Futuro Periodistas del CONTRATO 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 Rocio 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.

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO POR CARGO
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
CTO #1330/05/2024

PROGRAMA	[illegible]
NOMBRE	[illegible]
CARGO	[illegible]
MESES y AÑOS	JULIO

FASE	PASO No.	PRODUCTOS A ENTREGAR MESA RBS	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISIÓN	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCIÓN JULIO	1	1. Informe Técnico, que de cuenta de la ejecución de cada uno de los componentes en el primer mes de Atención	1.1 Formato ff8 contractual (U. artes todos, diseñando a lo delegado Dayhi Arcadia) 1.2. Organización Drive a Unidad con los estándares del Contractual y cargar los soportes Externos. 1.3 Formato ff8 Anexos	20%	2/08/2024	OK		
		2. Velar por mantener el 8h y tener al día el archivo de los mismos	2.1. Matriz de Talento Humano Actualizada - Con Egresos e Ingresos ocurridos en el mes.	5%	2/08/2024	OK		
		3. Organizar, Monitorear e Informar las especificaciones de la cobertura y población a atender	3.1 Formato Certificación de Cobertura 3.2 Formato peticiones Migrante 3.3 Formato Desplazados 3.4. Formato Malos Sociales	10%	2/08/2024	OK		
		4. Novedades de ingresos y egresos. Durante el mes de Junio	4.1 Formato de Novedades de la UDS. 36 Casos, junto con sus soportes	5%	2/08/2024	OK		
		5. Monitorear el cumplimiento Cuantizare al 100% Mensual **Nota aclaratoria:** No se puede agrecar participantes de Mayo sin la toma de talla y peso.	5.1. Cargue de Participantes Nuevos 36 de la UDS delegada 100% 5.2. Cargue del 100% Nutricional, participantes Nuevos 36 5.3. Actualización de Talento Humano Nuevo 5.4. Cargue de Formación al 100%. (4 formaciones por persona) 15 de cada Mes	5%	2/08/2024	OK		
		6. Organizar, Monitorear y acompañar: * Entrega de RFRP * Entrega de Refrigerios	6.1. Formatos RFP - 18 Listados en total_ 3 por pada (Traer los físicos para verificar _ organizados en una AZ legajados por unidad) 6.2 Formatos de Refrigerio - 12 listados en total _12 por grupo (Traer los físicos para verificar_organizados en una AZ legajados por unidad)	15%	2/08/2024	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 pada (Traer los físicos para verificar organizados en una AZ legajados por unidad)	15%	2/08/2024			
		8. Construcción de la nómina asegurar 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 18 Personas del equipo. (Verificación Técnica)	10%	2/08/2024	OK		
		9 Monitorear y acompañar el proceso de Inventarios 2024	9.1 Realizar la consolidación de los inventarios en el excel correspondiente, de lo recibido por supervisor y progreso, verificando lo que esta en la sede mostrando en un color por sede e isolocyeado en el excel. Para el mes de febrero. 9.2. Actualizar el Inventario de equipos Audiovisuales y Elementos entregados por APO, con lo que fingodurante el mes. Se validará 3ra semana del mes.	5%	2/08/2024	OK		
		10. Programación General	10.1 Cronograma de la unidad _ Encuentro grupales 10.2 Cronograma visitas _ Por Dupla 10.3 Proyección Grupos de Estudio, con Planeacion, Actu, Registro fotografico Primera Semana del mes.	5%	2/08/2024	OK		
		11. Asesor SIGI	11. 1 Organización Carpetas Físicas y digitales por unidad 11.2 Incluir los dos de avances de acuerdo a los estandares F 23_ Buenas prácticas ambientales 3ra Semana del mes	3%	2/08/2024	OK		
		12. Asegurar y mantener el orden y la limpieza	12. Asegurar y mantener el orden y la limpieza.	2%	2/08/2024	OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	[signature]
NOMBRE:	MARGARITA MORALES
C.C.	52.556.915

FIRMA COORDINADORA	[signature]
NOMBRE:	[illegible]
C.C.	52.351.452

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI — Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	[illegible]
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL			[illegible]
CIUDAD/MUNICIPIO	BOGOTÁ DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO	BOGOTÁ - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN	[illegible]	TELÉFONO	[illegible]
TIPO APORTANTE	INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE	INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA	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		[illegible]	TIPO DE PLANILLA		I. INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	junio AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES junio AÑO	2024
DÍAS DE MORA		15			
FECHA PAGO		[illegible]	NÚMERO AUTORIZACIÓN		[illegible]

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-COLFONDOS	1	$ 228.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.800	$ 0	$ 228.700	$ 1.800	$ 230.500
SUBTOTALES:										$ 228.700	$ 1.800	$ 230.500

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR AJUSTE	MORA COTIZACIÓN	VALOR AJUSTE	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 178.700	$ 0	$ 1.400	$ 0	$ 178.100	$ 1.400	$ 0	$ 180.100
SUBTOTALES:													$ 178.100	$ 1.400	$ 0	$ 180.100

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD ATEP NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGADA A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 7.900	$ 7.900	$ 0	$ 0	$ 7.900
SUBTOTALES:									$ 7.900	$ 0	$ 0	$ 7.900

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE	NOVEDADES	PENSIÓN ADMIN	IBC	COTIZACIÓN	TOTAL APORTE	SALUD ADMIN	IBC	COTIZACIÓN	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	IBC	TOTAL APORTE
[illegible]	[illegible]	230301 COLFONDOS	1.428.000	$ 228.700	$ 228.700	EPS005 SANITAS S.A.	1.428.000	$ 178.700	$ 178.700	14-11 ARL SURA	1.428.000	$ 7.900

TOTAL	$ 418.200

Planilla Pagada

SOI

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 140D-07 APTO	TELÉFONO:	5216585
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:	**7931127084**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	junio	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	junio
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2024	SALUD:	AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:		10			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/07/15	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		776814575

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

Planilla Pagada

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSION				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800227940	23I001	23I001-COLFONDOS	1	$ 230.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 230.500**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 180.100
		SUBTOTAL:	1	**$ 180.100**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 7.600
		SUBTOTAL:	1	**$ 7.600**

VALOR SIN MORA:	**$ 414.900**
VALOR MORA:	**$ 3.300**
TOTAL PAGADO:	**$ 418.200**

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

CUENTA DE COBRO No. 06

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 JULIO 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:
Margarita Morales Arrieta
Coordinadora
C.C 52.356.915

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 # 1103/605/2024

PROGRAMA	[illegible]
NOMBRE	[illegible]
CARGO	[illegible]
PERIODO y MES	[illegible]

FASE	PASO No	PRODUCTOS ENTREGABLES MENSUALES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISIÓN	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION JULIO	6	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales. **Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación y subidos al drive correspondiente del Grupo de Atención**	1.1 **Planeación Grupal**, con las cuatro planeaciones de las áreas correspondientes (Formato ICBF) (Primer Lunes del mes) 1.2 **Cartilla digital**: i. Parte uno: conocedores al 100% diligenciada ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada iii. Diligenciamiento de la movilización social: Julio Familias que gestan futuro	15%	29/07/2024	OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIVF) **Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación, tener en cuenta lo planeado en los microproyectos**	2.1. **Planeacion Encuentro en el hogar** (1 por cada participante - cargada en en el cuaderno digital en el drive correspondiente - de acuerdo al grupo etareo) - historias 2.2 **Cronograma de visitas**, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 60 y/o ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atención correspondiente. 2.3 **Cartilla digital Parte uno:** i. Conocedores al 100% diligenciada ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, iii. Seguimiento al desarrollo, escala de valoración iv. Aplicacion de escalas (ingreso Abril) (UDS Periodistas) v. Socializacion de Escalas (ingreso Abril) (UDS Periodistas)	15%	29/07/2024	OK (2,3,ii, iii)		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentación requerida tanto en físico como en drive (50)	3.1 Formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF 3.2 Formato compromiso entrega de documentos a todos los participantes.	5%	29/07/2024	OK		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo el último viernes de cada mes sus ingresos y egresos ____durante el mes de Julio	4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes Julio (Primera semana del mes) 4.2 Soportes de egreso (con la aprobación de la coordinación) (Primera semana del mes) 4.3 Soportes de ingreso (soportes revisados subidos al drive correspondiente: RC del participante, cédula del acudiente, recibo de servicio pública de la vivienda) (Primera semana del mes)	15%	29/07/2024	OK OK		
		5.Entrega de Formatos de Rare, Refugiados, Rpp y Beneficiarios sin tachones ni enmendaduras.	5.1 Formato Rare 5.2 Refugiados 5.3 Formato RPP 5.4 Fotografías una a una de la entrega de RPP - en power Point 5.5 Formato de Beneficiarios Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni enmendaduras	10%	29/07/2024	OK		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento	6.1 Formato de novedades en físico por grupo de atencion (si aplica) 6.2 Formato de novedades subido al drive correspondiente del grupo de atención 6.3 Entrega comprimidos documentos de las familias formato APC	7%	29/07/2024	OK		
		7. Entrega y socializacion de las escuelas	7.1 Entrega de la escuela correspondiente de los niños y niñas que aplique para el mes Julio_ (documento en físico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante) 7.2 Socializacion de la escuela ____ (participantes abril) (UDS Periodistas)	65%	29/07/2024	OK		
		8. Formato de ficha de caracterización de practicas y acciones f7	8.1 Garantizar el adecuado diligenciamiento en el Archivo de excel de practicas (1 pestaña x UA) participantes nuevos	10%	29/07/2024	OK		
		9. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faciliten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS y a los microproyectos.	9.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS acorde al proyecto pedagogico del territorio 9.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 9.3 Buen uso de los materiales de consumo que se emplean para la ambientación 9.4 Asegurar y mantener el orden y la limpieza.	5%	29/07/2024	OK		
		10. Participar y apoyar en las dinamicas relacionadas con la operación.	10.1. Asegurar y mantener el orden y la limpieza, junto con el equipo de trabajo, de las unidades de servicio 10.2. Participar activamente en los grupos de trabajo programados en el mes	3%	29/07/2024	OK		
				TOTAL 100%				

FIRMA CONTRATISTA	[illegible]
NOMBRE:	[illegible]
C.C.	[illegible]

FIRMA COORDINADORA	[illegible]
NOMBRE:	[illegible]
C.C.	[illegible]

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 51750169		CARO PULIDO ANGELA LILIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 30F 8 - 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
2024-06	2024-06	1000001050	94692805	I	2024/07/16	2024/07/12	BANCO DE BOGOTA	0	$177,300

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	$163,900			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$163,900			$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	$163,900			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0
1	CC	51750169	CARO ANGELA		$1,300,000	$208,000	EPS008	30	$1,300,000	$163,900		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	$163,900			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0

2024/07/12 11:10 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 30750869		CARO PULIDO ANGELA LILIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 78F 0 - 33	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2111151	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clase		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-06	2024-06	1000001050	940388532	I	2024/07/16	2024/07/12	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	830,903,790	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

2024/07/12 11:10 AM

¡Tu pago fue exitoso!

Número de autorización: 002278

Fecha y hora: 12/07/24 - 10:38

Planilla As Aportes En Linea

No. de planilla 9469280532

Valor	$ 377.300 ,00
Costo de la transacción	Gratis

El pago se realizó desde:

Cuenta de Ahorros

No. 060375193

Banco de Bogotá
Transacciones
PAGADO

Ciudad: BOGOTA D.C Mes: JULIO 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-CON024

NOMBRE: JOSELITO RODRIGUEZ GALEANO
CEDULA: 1.116.916.542
CUENTA BANCARIA: 542172655 BANCO: BOGOTA AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: ($2.519.800) DOS MILLONES QUINIENTOS DIECINUEVE MIL OCHOCIENTOS PESOS M/CTE.
PERIODO: Fase Atención JULIO 2024

CONCEPTO: AGENTE EDUCATIVO PERFIL 1 DIMF Kennedy Geetando 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 Dia Mes Año en constancia:
Firmo _____

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($2.519.800) 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:

Margarita Morales Arrieta
Coordinadora
C.C 52.356.915

Aprobado por:

Ana Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: JOSELITO RODRIGUEZ GALEANO
C.C. 1.116.916.542
Correo: Joselito.198863@gmail.com
Dirección: calle 74 A sur 9B 43 Uribe Uribe
Teléfono: 3214862534

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 # 1100/009/2024

PROGRAMA	[illegible]
NOMBRE	[illegible]
CARGO	[illegible]
Periodo y Fecha	[illegible]

FASE	PUNTOS	PRODUCTOS & RACREQUERIMIENTOS	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	INCUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION JULIO	6	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales **Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación y subidos al drive correspondiente del Grupo de Atención.**	**1.1 Planeación Grupal**, con las cuatro planeaciones de las áreas correspondientes (Formato ICBF) (Primer lunes del mes) **1.2 Cartilla digital:** i. Parte uno: conocimientos al 100% diligenciada ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada iii. Diligenciamiento de la movilización social: Julio Familias que portan futuro	15%	2/07/2024	OK		
		2. Desarrollar de manera continua, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DMF) **Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación, tendrán cuenta lo planeado en los micro-encuentros.**	**2.1. Planeación Encuentro en el hogar** (1 por cada participante - cargada en en el cuaderno digital en el drive correspondiente - de acuerdo al grupo etario) - Mínimo4 **2.2 Cronograma de visitas**, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 60 p/s _____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atención correspondiente **2.3 Cartilla digital Parte uno:** i. Conocimientos al 100% diligenciada ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada iii. Seguimiento al desarrollo, escala de valoración iv. Aplicación de escalas (Ingresos Abril) (UDS Periodistas) v. Socialización de Escalas (Ingresos Abril) (UDS Periodistas)	55%	29/07/2024	OK (17,27, 30)		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentación requerida tanto en físico como en drive (50)	3.1 Formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF 3.2 Formato compromiso entrega de documentos a todos los participantes	5%	29/07/2024	OK		
		4. Ingresos y Egresos. Informar al administrativo el el ultimo viernes de cada mes sus ingresos y egresos ____ durante el mes de Julio	4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes Julio (Primera semana del mes) 4.2 Soportes de egreso (con la aprobación de la coordinación) (Primera semana del mes) 4.3 Soportes de ingreso (**soportes mínimos subidos al drive correspondiente: RC del participante, cédula del acudiente, recibo de servicio público de la vivienda**) (Primera semana del mes)	15%	29/07/2024	OK OK		
		5 Entrega de Formatos de Rars, Refrigerios,Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras	5.1 Formato Rars 5.2 Refrigerios 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 buen estado sin tachones ni enmendaduras	15%	29/07/2024	OK		
		6 . Entrega del Formato de novedades por inasistencia, grupo, o falta de algun documento	6.1 Formato de novedades, en físicos por grupo de atencion (si aplica) 6.2 Formato de novedades subido al drive correspondiente del grupo de atención 6.3 Entrega componentes documentales de las familias formato APC	7%	29/07/2024	OK		
		7. Entrega y socialización de las escalas	7.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que aplique para el mes Julio__ (documento en físico en las carpetas y escaneado en la carpta digital del participante) 7.2 Socialización de la escala ____ (participantes abril) (UDS Periodistas)	15%	29/07/2024	OK		
		8. Formato de ficha de caracterización de practicas y acciones IT	8.1 Garantizar el adecuado diligenciamiento en el Archivo de excel de practicas (1 pestaña c UA) participantes nuevos	10%	29/07/2024	OK		
		9. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faciliten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS y a los microproyectos	9.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS acorde al proyecto pedagogico del territorio. 9.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 9.3 Buen uso de los materiales de consumo que se emplean para la ambientación 9.4 Asegurar y mantener el orden y la limpieza	5%	29/07/2024	OK		
		10. Participar y apoyar en las dinamicas establecidas en la operación.	10.1 Asegurar y mantener el orden y la limpieza, junto con el equipo de trabajo, de las unidades de servicio 10.2. Participar activamente en los grupos de Estudio programados, en el mes	3%	29/07/2024	OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	[illegible]
C.C.	[illegible]

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	[illegible]
C.C.	[illegible]

aportes en línea

Planilla Integrada

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC [redacted]		RODRIGUEZ GAITAN JOSELITO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	[redacted]	BOGOTA-BOGOTA D.C.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-07	2024-07	785115594	94659499 24	I	2024/08/12	2024/07/23	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
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
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				1	$377,300	$0	$0	$377,300

11:20 46%

PSE Transacción Aprobada - CUS 795115694

Recibidos

serviciopse@ac... 11:20 a. m.
para mí



¡Hola, Joselito Rodriguez Galeano !

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

Estado de la Transacción: Aprobada
CUS: 795115694
Empresa: APORTES EN LINEA
Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9468989624
Valor de la Transacción: $ 377.300
Fecha de Transacción: 23/07/2024

Ten en cuenta estos tips de seguridad

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

99+


11:20
46%
aportesenlinea.co...
aportesenlinea.com
aportes en línea
Pagos aportes en línea
Pago electrónico

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

CUENTA DE COBRO No. 06

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 Julio 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:

Margarita Morales Arrieta
Coordinadora
C.C. 52.356.915

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Nidia Perez V.

NOMBRE: Luz Nidia Pérez Velásquez
C.C. 52.463.180
DR. Tras 78b 46-26 sur
Cel. 3124248441
Correo: nidia.perezvelasquez@gmail.com

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

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO POR CARGO
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
CTO-81300/005/2024

PROGRAMA	[illegible]
NOMBRE	[illegible]
CARGO	[illegible]
MESES y FECHA	[illegible]

FASE	PAGO No.	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
		1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales. **Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación y subidos al drive correspondiente del Grupo de Atención**	**1.1 Planeación Grupal**, con los cuatro planeadores de las áreas correspondientes (Formato ICBF) (Primer lunes del mes) **1.2 Cartilla digital:** i. Parte uno: conociéndonos al 100% diligenciada ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada iii. Diligenciamiento de la movilización social Julio Familias que generen futuro	15%	31/07/2024	OK		
		2. Desarrollar de manera activa, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DMF) **Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación, tener en cuenta lo planeado en los micoproyectos**	**2.1. Planeacion Encuentro en el hogar** (1 por cada participante - cargada en en el cuaderno digital en el drive correspondiente - de acuerdo al grupo diario) - histórica. **2.2 Cronograma de visitas**, con los respectivos Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/o ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atención correspondiente. **2.3 Cartilla digital Parte uno:** i. Conociéndonos al 100% diligenciada ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada. iii. Seguimiento al desarrollo, escala de valoración iv. Aplicación de escalas (Ingreso Abril) (UDS Periodistas) v. Socialización de Escalas (Ingreso Abril) (UDS Periodistas)	15%	31/07/2024	OK (12,13, 19)		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en físico como en drive (SI)	3.1 Formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF 3.2 Formato compartido entrega de documentos a todos los participantes.	5%	31/07/2024	OK		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo el el ultimo viernes de cada mes, sus ingresos y egresos ___ durante el mes de Julio	4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes Julio (Primera semana del mes) 4.2 Soportes de egreso (con la aprobación de la coordinación) (Primera semana del mes) 4.3 Soportes de ingreso (soportes mínimos subidos al drive correspondiente: RC del participante, cédula del acudiente, recibo de servicio público de la vivienda) (Primera semana del mes)	15%	31/07/2024	OK (8)		
ATENCION JULIO	4	5 Entrega de Formatos de Rani, Refrigerios/Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.	5.1 Formato Rani 5.2 Refrigerios 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 "aseo estado sin tachones ni enmendaduras	10%	29/07/2024	OK		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, pipa, o falta de algun documento	6.1 Formato de novedades en físico por grupo de atención (si aplica) 6.2 Formato de novedades subido al drive correspondiente del grupo de atención 6.3 Entrega compromisos documentales de las familias formato APC	7%	29/07/2024	OK		
		7. Entrega y socialización de las escalas	7.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que aplique para el mes Julio__ (documento en físico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante) 7.2 Socialización de la escala ___ (participantes abril) (UDS Periodistas)	15%	29/07/2024	OK		
		8. Formato de ficha de caracterización de practicas y acciones IT	8.1 Caracterizar el adecuado diligenciamiento en el Archivo de excel de practicas (1 pestaña x UN) participantes nuevos	10%	29/07/2024	OK		
		9. Generar espacios y ambientes enriquecidos que fabiliten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS y a los micoproyectos	9.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS acorde al proyecto pedagogico del bimbolo. 9.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 9.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación. 9.4 Asegurar y mantener el orden y la limpieza	5%	29/07/2024	OK		
		10. Participar y apoyar en las diversas celebraciones con la operación.	10.1 Asegurar y mantener el orden y la limpieza, participar en el equipo de trabajo, de las unidades de servicio 10.2 Participar activamente en los juegos de Fútbol programados en el mes	3%	29/07/2024	OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Paola Perez
NOMBRE:	[illegible]
C.C.	[illegible]

FIRMA COORDINADORA	[illegible]
NOMBRE:	[illegible]
C.C.	[illegible]

VoBo

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52463180		PEREZ VELASQUEZ LUZ NIDIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cr 78BP 46-16	BOGOTA-BOGOTA D.C.	4060090	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-06	2024-06	1000000553	966938063	I	2024/07/18	2024/07/16	BANCO DE BOGOTA	0	$377,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			HOVEDADES	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre		CodTipo	Días	IBC	Aporte	CodTipo	Días	IBC	Aporte	CodTipo	Días	IBC	Aporte	CodTipo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	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.C. (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 52463180	PEREZ LUZ	2030	30	$1,300,000	$208,000	EPS008	30	$1,300,000	$162,500	0	30	$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	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52463180		PEREZ VELASQUEZ LUZ NIDIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cr 78BP 46-16	BOGOTA-BOGOTA D.C.	4060090	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-06	2024-06	1000000553	966938063	I	2024/07/18	2024/07/16	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
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

JUL 15 2024 16:38:26 REMOESTO.5

CORRESPONSAL
MASIVOS PREMIUM JAQUEL
CR 77Y 47A 10 SUR

BANCO DE BOGOTA

C.UNICO: 0018736034 TER: A0112896
R.ELECTRON Cc
**7826 RECIBO: 005792 RRN: 016794
RECAUDO APRO: 145866

SERVICIO: 0000001506
FACTURA: 0000000094697385063

** PAGO FACTURA **
TRANSACCION EXITOSA

RECAUDO $ 377.300

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

JUL 15 2024 - 16:38:25

CORRESPONSAL
MASIVOS PREMIUM JAQUEL
CR 77Y 47A 10 SUR
BANCO DE BOGOTA

SERVICIO: 0000001506
FACTURA: 0000000094697385063

VALOR: $ 377.300

TOTAL: $ 377.300

Ciudad: BOGOTA D.C Mes: JULIO Dia: 30 Año: 2024

CUENTA DE COBRO No. 06

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 Julio 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:
Margarita Morales Arrieta
Coordinadora
C.C. 52.356.915

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 # 1100/10/2024

PROFESIONAL	[redacted]
CARGO	AUXILIO EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	mayo

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MENSUALES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN	PONDERACIÓN	FECHA DE REVISIÓN	EVIDENCIA	RECOMPRA	OBSERVACIONES
ATENCION JULIO	8	1. Planear, desarrollar e implementar tertulias de familias mediante encuentros grupales **Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación y subidos al drive correspondiente del Grupo de Atención**	1.1 **Planeación Grupal**, con los cuatro planeamientos de las áreas correspondientes (Formato ICBF) (Primer lunes del mes). 1.2 Cartilla digital. Pode uno: consecuentemente al 100% diligenciada ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada. iii. Diligenciamiento de la movilización social: Julio Familias que gestan futuro	15%	15%	29/07/2024	OK	
		2. Desarrollar de manera creativa, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de duración (ICBF) **Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación, tener en cuenta lo planeado en los microproyectos**	2.1. **Planeación Encuentro en el hogar** (1 por cada participante - cargado en en el cuaderno digital en el drive correspondiente - de acuerdo al grupo etareo) - historica 2.2 **Cronograma de visitas**, con los respectivos Primero - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/o ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atención correspondiente. 2.3 **Cartilla digital Pode uno:** i. Concientemos al 100% diligenciada. ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada. iii. Seguimiento al desarrollo, escala de valoración iv. Aplicación de escalas (ingresos Abril) (UDS Periodistas) v. Sistematización de Escalas (ingresos Abril) (UDS Periodistas)	15%	15%	29/07/2024	OK (15,17,15)	
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentación requerida tanto en físico como en drive (SI)	3.1 Formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF 3.2 Formato compromiso entrega de documentos a todos los participantes	5%	5%	29/07/2024	OK	
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo el último domingo de cada mes los ingresos y egresos ____ durante el mes de Julio	4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes Julio **(Primera semana del mes)** 4.2 Soportes de egreso **(con la aprobación de la coordinación)** (Primera semana del mes) 4.3 Soportes de ingreso **(soportes reales subidos al drive correspondiente: RC del participante, cédula del acudiente, recibo de servicio público de la vivienda)** (Primera semana del mes)	15%	15%	29/07/2024	OK (1)	
		5. Entrega de Formatos de Ficha, Refrigerios (Tipo y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras	5.1 Formato Ficha 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%	10%	29/07/2024	OK	
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento	6.1 Formato de novedades en físico por grupo de atención (si aplica) 6.2 Formato de novedades subido al drive correspondiente del grupo de atención 6.3 Entrega compromisos documentales de las familias (tercera APC)	7%	7%	29/07/2024	OK	
		7. Entrega y socialización de las escalas	7.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que aplique para el mes Julio__ (documento en físico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante) 7.2 Socialización de la escala____ (participantes abril) (UDS Periodistas)	15%	15%	29/07/2024	OK	
		8. Formato de ficha de caracterización de practicas y acciones tf	8.1 Garantizar el adecuado diligenciamiento en el Archivo de excel de practicas (1 pestaña x UA) participantes nuevos	10%	10%	29/07/2024	OK	
		9. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faciliten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS y a los microproyectos.	9.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS acorde al proyecto pedagogico del territorio. 9.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 9.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación 9.4 Asegurar y mantener el orden y la limpieza.	6%	6%	29/07/2024	OK	
		10. Participar y apoyar en las diversas actividades relacionadas con la operación.	10.1. Asegurar y mantener el orden y la limpieza, junto con el equipo de trabajo, de las unidades de servicio 10.2. Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes	3%	3%	29/07/2024	OK	
				TOTAL 100%				

FIRMA CONTRATISTA	[redacted]
NOMBRE:	[redacted]
C.C.	[redacted]

FIRMA COORDINADORA	[redacted]
NOMBRE:	[redacted]
C.C.	[redacted]

V° B°

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	52155728	SHIRLEY PAOLA VANEGAS PRADA		CR 40 cal # 128 - 60	3136647001	paolav2208@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	1 – Independiente			BOGOTÁ, D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADO (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-08	2024-08	1	16/07/2024	78169128	$379,400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	162,500	0		0		0	7	600	0	163,400	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	208,000	0	0	0	0	7	1,100	0	209,100	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor			Mora							
14-11	ARL SURA	890903790-5	6,800				6,800	7	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	7	0	0	0
ICBF				
0	7	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IDE, LRA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162,500	163,400
Pensión	1	208,000	209,100
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	379,400

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	52769128	SHIRLEY PAOLA VANEGAS PRADA		CR 40 sur # 70J - 10	3136847681	paolaxu2006@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1 - Dependiente			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	VARIOS
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-08	2024-08	1	16/07/2024	78168128	$379,400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colombia	Salario	Extranjero	Cotiza en otro país	Planilla	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	DIA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o RPM/AD	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	52769128	VANEGAS PRADA SHIRLEY PAOLA	X	0			1																		23-10	1,300,000	208,000	0	0	0	0	EPS081	1,300,000	952,500	14-11	1,300,000	1	6,400		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Gmail

PAOLA VANEGAS <paolavp2008@gmail.com>

Pago exitoso

1 mensaje

NEQUI <somos@nequi.com.co>
Para: paolavp2008@gmail.com

16 de julio de 2024, 6:14



¡Pago exitoso!

Hiciste un pago en COMPENSAR-OI por $379.400,00
Fecha: El 16 de julio de 2024
Hora: 6:14 AM

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: JULIO Dia: 30 Año: 2024

CUENTA DE COBRO No. 04

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2024 – DIMFPERIODISTAS-CON020

NOMBRE: SANDRA YACKELIN PINZON SALCEDO
CEDULA: 1.030.549.541
CUENTA BANCARIA: 10866703553 **BANCO: BANCOLOMBIA AHORRO _X_ CORRIENTE ___**
LA SUMA DE: ($2.519.800) DOS MILLONES QUINIENTOS DIECINUEVE MIL OCHOCIENTOS PESOS M/Cte.
PERIODO: Fase Atención Julio 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 Dia Mes Año en constancia:
Firmo _____

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($2.519.800) 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:

Margarita Morales Arrieta
Coordinadora
C.C. 52.356.915

Aprobado por:

Ana Rocio Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Sandra Yackelin Pinzón Salcedo
Sandra Yackelin Pinzon Salcedo
C.C. 1.030.549.541
DR. CRA 78 B # 36 – 13 SUR
Cel.316 453 27 12
Correo: shanniivannii48@gmail.com

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

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO POR CARGO
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
CTO# 2338/05/2024

PROGRAMA	
NOMBRE	
CARGO	
PERIODO y SEDE	

FASE	PERIODO	OBLIGACIONES A ENTREGAR POR MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISIÓN	CUMPLE	RECIBIDO	OBSERVACIONES
ATENCION JULIO	4	1. Planear, desarrollar e implementar los encuentros de familias mediante encuentros grupales **Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación y subidos al drive correspondiente del Grupo de Atención**	1.1 **Planeación Grupal**, con las cuatro planeaciones de las áreas correspondientes (Formato ICBF) (Primeras tres del mes) 1.2 **Cartilla digital**: i. Portada con conectores al 100% diligenciada ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada iii. Diligenciamiento de la movilización social: Julio Familias que gestan futuro	15%	15%	29/07/2024	OK	
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de duración (DAP) **Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación, tener en cuenta lo planeado en los microproyectos**	2.1. **Planeacion Encuentro en el hogar** (1 por cada participante - cargada en en el cuaderno digital en el drive correspondiente - de acuerdo al grupo atareo) - Estática 2.2 Cronograma de visitas, con las respectivas Fichas - que evidencie el Desarrollo de los 60 y/o ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atención correspondiente. 2.3 **Cartilla digital Pada uno:** i. Conectores al 100% diligenciada, ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, iii. Seguimiento al desarrollo escala de valoración iv. Aplicación de escalas (Ingresos Abril) (UDS Periodistas) v. Socialización de Escalas (Ingresos Abril) (UDS Periodistas)	15%	15%	29/07/2024	OK (13, 17 y 16)	(13,17 y 16) OK completos
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentación requerida tanto en físico como en drive (SI)	3.1 Formato de uso de imágenes y de inscripción del ICBF 3.2 Formato compromiso entrega de documentos a todos los participantes.	5%	5%	29/07/2024	OK	
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo el el último viernes de cada mes sus ingresos y egresos ____ durante el mes de Julio	4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes Julio **(Primera semana del mes)** 4.2 Soportes de egreso (con la aprobación de la coordinación) (Primera semana del mes) 4.3 Soportes de ingreso **(soportes mínimos subidos al drive correspondiente: RC del participante, cédula del acudiente, recibo de servicio público de la vivienda)** (Primera semana del mes)	15%	15%	29/07/2024	OK (7)	
		5. Entrega de Formatos de Rem, Refrigerios/Rpp y Beneficiarios sin tachones ni enmendaduras.	5.1 Formato Rem 5.2 Refrigerios 5.3 Formato RPP 5.4 Fotografías una a una de la entrega de RPP - en panel Paiz 5.5 Formato de Beneficiarios Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni enmendaduras	10%	10%	29/07/2024	OK	
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, grips, o falta de algún documento	6.1 Formato de novedades en físico por grupo de atención (si aplica) 6.2 Formato de novedades subido al drive correspondiente del grupo de atención. 6.3 Entrega correspondiente dos materiales de las familias Formato APC	7%	7%	29/07/2024	OK	
		7. Entrega y satisfacción de las escuelas.	7.1 Entrega de la escuela correspondiente de los niños y niñas que aplique para el mes Julio__ (documento en físico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante) 7.2 Socialización de la escuela ____ (participantes abril) (UDS Periodistas)	15%	15%	29/07/2024	OK	
		8. Formato de ficha de caracterización de practicas y asistencia IT	8.1 Garantizar el adecuado diligenciamiento en el Archivo de excel de practicas (1 portafolio U4 participantes nuevos	10%	10%	29/07/2024	OK	
		9. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faciliten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS y a los microproyectos.	9.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS acorde al proyecto pedagógico del territorio. 9.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica 9.3 Buen uso de los materiales de consumo que se emplean para la ambientación 9.4 Asegurar y mantener el orden y la limpieza	5%	5%	29/07/2024	OK	
		10. Participar y apoyar en la dinámica relacionada con la operación.	10.1. Asegurar y mantener el orden y la limpieza, junto con el equipo de trabajo, de las unidades de servicio 10.2. Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes	3%	3%	29/07/2024	OK	
				TOTAL	100%			

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	SANDRA YADELIN PINZON SALCEDO
C.C.	1.100.561.543

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	
C.C.	

V°B°

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	SANDRA YACKELIN PINZON SALCEDO
IDENTIFICACION:	CC-1030549541
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2024-07-16
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2024-07-16
FECHA DE PAGO:	2024-07-16
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERÍODO PENSIÓN:	2024-06
PERÍODO SALUD:	2024-06
NÚMERO PLANILLA:	8631553962
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8630561058
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	800130907	NUEVA E.P.S. S.A.	1	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 800	$ 102.500	$ 103.300
231001	830027940	COLFONDOS	1	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 1.300	$ 286.000	$ 287.300
14-11	800903790	ARL SURA	1	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 100	$ 6.800	$ 6.900
CCF21	860013570	CAFAM	1	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 100	$ 7.000	$ 7.100
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 2.300	$ 402.100	$ 404.400

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	12/08/2024

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9514507557 DV: 829939
Cliente:113237 PLANILLAS AVAL Apuestas en Lineas Aplus Compensar Asepagos Simple P1 Plan
Fecha: 15/07/2024 17:17:10
PAP: 994647
Nombre: xxx
Apellido 1: xxx
NUM PLANILLA: 863056 1058
TIPO DE IDENTIFICACION: CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO IDENTIFICACION: 1033549541
PERIODO: 202406
Referencia: 8630561058Valor: $307.100,00

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) 6518101.
servicioalcliente@efecty.com.co
www.efecty.com.co

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

CUENTA DE COBRO No. 06

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 JULIO 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:
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:

Margarita Morales Arrieta
Coordinadora
C.C. 52.356.915

Aprobado por:

Ana Rocio Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: **Ana Jazmín 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 # 1008/505/2024

PROGRAMA	BIENESTAR FAMILIAR ICBF
NOMBRE	ANA MARIA DECERIA GALLO
CARGO	ADMINISTRADORA
PERIODO/FECHA	JULIO

FASE	PASO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION JULIO	6	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales **Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación y subidos al drive correspondiente del Grupo de Atención**	**1.1 Planeación Grupal**, con las cuatro planeaciones de las áreas correspondientes (Formato ICBF) (Primer lunes del mes) **1.2 Cartilla digital:** I. Parte uno: conociéndonos al 100% diligenciada ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada iii. Diligenciamiento de la movilización social: Julio Familias que gestan fáltas	65%	29/07/2024	OK		
		2. Desarrollar de manera exacta, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DMP) **Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación, tener en cuenta lo planeado en los mini-proyectos**	**2.1. Planeacion Encuentro en el hogar** (1 por cada participante - cargada en en el cuaderno digital en el drive correspondiente - de acuerdo al grupo etareo) - historica. **2.2 Cronograma de visitas**, con las respectivas firmas - que evidencie el Desarrollo de las 58 y/o ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atención correspondiente. **2.3 Cartilla digital Parte uno:** I. Conociéndonos al 100% diligenciada. ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada. iii. Seguimiento el desarrollo, escala de valoración iv. Aplicacion de escalas (Ingreso Abril) (UDS Periodistas) v. Socializacion de Escalas (Ingreso Abril) (UDS Periodistas)	15%	31/07/2024	OK (10,13,15)		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentación requerida tanto en físico como en drive (Gil)	3.1 Formato de asistencias y de inscripcion de ICBF 3.2 Formato compromiso entrega de documentos a todos los participantes.	5%	31/07/2024	OK		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo el el ultimo viernes de cada mes sus ingresos y egresos ____ durante el mes de Julio	4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes Julio **(Primera semana del mes)** **4.2 Soportes de egreso (con la aprobación de la coordinadora)** (Primera semana del mes) **4.3 Soportes de ingreso (soportes mínimos subidos al drive correspondiente: RC del participante, cédula del acudiente, recibo de servicio público de la vivienda)** (Primera semana del mes)	15%	31/07/2024	OK (38)		
		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%	31/07/2024	OK		
		6.. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento	6.1 Formato de novedades en físico por grupo de atención (si aplica) 6.2 Formato de novedades subido al drive correspondiente del grupo de atención 6.3 Entrega compromisos documentales de las familias formato APC	3%	31/07/2024	OK		
		7. Entrega y socializacion de las escalas	7.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que apliquen para el mes Julio__ (documento en físico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital de participantes) 7.2 Socializacion de la escala ____ (participantes abril) (UDS Periodistas)	15%	31/07/2024	OK		
		8. Formato de ficha de caracterización de practicas y acciones IT	8.1 Garantizar el adecuado diligenciamiento en el Archivo de excel de practicas (1 pestaña x UN) participantes nuevos	10%	31/07/2024	OK		
		9. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faciliten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS y los mini-proyectos.	9.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS acorde al proyecto pedagogico del territorio. 9.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica 9.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación 9.4 Asegurar y mantener el orden y la limpieza.	5%	31/07/2024	OK		
		10. Participar y apoyar en las dinamicas relacionadas con la operación.	10.1. Asegurar y mantener el orden y la limpieza, junto con el equipo de trabajo, de las unidades de servicio 10.2. Participar activamente en los grupos de trabajo programados en el mes.	5%	31/07/2024	OK		
			TOTAL	98%				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	ANA MARIA DECERIA GALLO
C.C.	52.931.661

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	MARGARITA PARRA S
C.C.	52.956.913

VoBo

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: 8378106750

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	ANA JAZNIN BECERRA GALLO
Tipo y número de identificación	CC52931661
Número de planilla	8378106750
Fecha pago	2024-07-18
Número de autorización pago	56017994
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	junio de 2024
Periodo de Cotización Pensión	junio de 2024
Número de Administradoras	3
Total Pagado	385100
Total Intereses de Mora	1000

PAGADA
8378106750

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	13700	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	208500	1
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	162900	1

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

Cod. EPS	Cod. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS01T	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: 9515551124 DV: 342222
Cliente:113237 PLANILLAS AVAL Aportes en Linea Arus Compensar Asopagos Simple N1 Plan
Fecha: 18/07/2024 11:56:12
PAP: 415017
Nombre: xxx
Apellido 1: xxx
NUM PLANILLA: 6378106750
TIPO DE IDENTIFICACION: CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO IDENTIFICACION: 52831661
PERIODO: 202406
Referencia: 6378106750Valor: $305.200,00

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

Ciudad: BOGOTA D.C Mes: JULIO Dia: 30 Año: 2024

CUENTA DE COBRO No. 06

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: 035606280 **BANCO**: BOGOTÁ **AHORRO** __X__ **CORRIENTE** ____
LA SUMA DE: ($2.519.850) DOS MILLONES QUINIENTOS DIECINUEVE MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA PESOS M/Cte.
PERIODO: Fase atención Julio 2024

CONCEPTO: Profesional 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:

MARGARITA MORALES ARRIETA
Coordinadora
C.C. 52.356.915

Autorizado por:

ANA ROCIO 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.

MES	PERIODO	PRODUCTOS A ENTREGAR EN LA VIGENCIA	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE EJECUCIÓN	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 donde carezcan, orienta y hace seguimiento de la familia y cuidadores y activa acciones ante la autoridad competente, según corresponda	1.1 Carpetas de los participantes - Base de las Tatenciones unificada por UDS	5%		OK		
		2. Implementa acciones de articulación con autoridades, instituciones, servicios sociales, comunidades y los diferentes actores de su territorio para promover rutas,protectoras para las niñas, los niños y las mujeres gestantes. (MISMO 1 gestor del área administrativa , por profesional psicosocial)	2.1 Carta de gestion con radicado y/o evidencia del correo enviado 2.2. Matriz de Gestion interinstitucional Juriss unificada por las 3 UDS	5%		"OK Ribarol del lugar/otras fundaciones existe"		
		3. Aplicación criterios de focalización junto con el documento de identidad de los nuevos ingresos. (Uni_____	3.1 Formato Visita Criterios de Focalización_____ para los casos de ingreso nuevos que aplique 3.2 Grabar en las visitas por grupo familiar los criterios de focalización de los participantes nuevos_____ a las 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	10%		OK ANEXO 3 (DIVISIÓN 3)		
		4. Realización procesos de caracterización, de ___ ingresos para abril de las unidades delegada en el territorio	4.1 Registro de _____Nuevos participantes, en el formato yDUmm12pp_formato_ficha_de_caracterizacion_para_los_servicios_de_atencion_a_la_primera_infancia_v2).	15%		OK LT (DIANA DIZ"		
		5. Procesos de Formación y cualificación al Talento Humano de acuerdo con el brío del Plan de Formacion al Tal Temas: Corresponsabilidad	5.1 Acta, Registro fotografías y Firmas	10%		OK		
		6. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias, JILIO (Corresponsabilidad)	6.1 Planeación cargada al drive 6.2 Realización de los talleres, de las UAS delegadas 6.3. Registro fotográfico	10%		OK		
ETAPICOS JULIO	8	7. Control Social y Proceso de buzon de sugerencias y control social. (presencia en compañía del comite de control Social).	7.1. Acta de apertura buzon de sugerencias 1 por UDS 7.2 Evidencias fotograficas 7.3 Acta Reunión Control Social acompañamiento RPP y cumplimiento del plan de trabajo del comité 7.4 Evidencias socialización respuesta buzon mes anterior	5%		OK		Cargado 1/8/24
		8 Seguimiento explotacion migrante y desplazados	8.1 Base excel población migrante y desplazada. Formatos APC 1 por UDS	5%		OK DOC 3 (DIVISIÓN 3)		
		9 Activacion de rutas segun sus casos	9.1 Formatos de seguimiento a casos 9.2 Matriz de seguimiento a casos , Priorizados y remitidos (Formato APC) 9.3 Para 5 Cuaderno Familiar	3%				
		10. Apoyar a las familias de encuentro en el hogar. (cartilla gruesa de cada familia participante	10.1 Cartilla encuentro en el hogar. Consolidado.xlsx (Cartillagruesa)	10%		OK LT		
		11. Acompañar y apoyar la entrega de RPP	11.1 Acta de verificacion de la RPP con el comite de control social en compañia de la Nutricionista 1 por UDS 11.2 Presencia en el espacio	5%		OK		
		12. Seguimiento a casos de tránsito armonico	12.1 Finalizar acta con la identificacion y gestion de los casos que requieran orientacion para el tránsito armonico 12.2 Base de tránsito armónico 1 por UDS	5%		OK		
		13. Informe de gestión mensual en el formato PB sombadual y general de acciones	13. Formato de Informe - Enviado por Coordinación Drive 13.1 PB de sesiones i Datos de casos garantía de derechos ii Acciones realizadas de cualificacion iii Dificultades identificadas en el mes 13.2 PB sombadual i Avances y/o dificultades del componente	10%		OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE	
C.C.	

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE	
C.C.	

aportes en línea

Comprobante Liquidación

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon social	Clase Aportante	Sucursal principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1010661794		CONDE VALENCIA DIANA KATHERIN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 97 C N. 40F 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
2024-06	2024-06		94095938480	I	2024/07/23			0	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	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 1010661794	CONDE DIANA																		230101	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	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

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

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9515166649 DV: 790838
Cliente:113237 PLANILLAS AVAL Aportes en Linea Arus Compensar Asopagos Simple Mi Plan
Fecha: 17/07/2024 11:08:40
PAP: 917427
Nombre: diana
Apellido 1: conde
NUM PLANILLA: 94695930480
TIPO DE IDENTIFICACION: CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO IDENTIFICACION: 1030661794
PERIODO: 202406
Referencia: 94695930480Valor: $377.300,00

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: Julio Dia: 30 Año: 2024

CUENTA DE COBRO No. 06

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 Julio 2024

CONCEPTO: Profesional Psicosocial DIMF Kennedy Gestando Futuro Periodistas 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 Dia Mes Año en constancia:
Firmo _____

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($2.519.850) 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:

Margarita Morales Arrieta
Coordinadora
C.C. 52.356.915

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

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.

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO POR CARGO
ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA
CTO# 1100/101/2024

PROFESIONAL	[illegible]
CARGO	[illegible]
PERIODO	[illegible]

FASE	PESO %	ACTIVIDADES A EJECUTAR MENSUALMENTE	EVIDENCIAS DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISIÓN	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
VENCIMIENTO	6	1. Verificar la entrega del registro civil de los niños y los niños y del documento de identidad de las mujeres gestantes) En los casos de no contarse, asesor y hacer seguimiento de la familia y coordinar y adelantar acciones ante la autoridad competente, según corresponda	1.1 Carpetas de los participantes - Base de las 7 atenciones unificada por UDS	5%	2023/2024	09		
		2. Implementar acciones de articulación con autoridades, instituciones, servicios sociales, comunidades y los diferentes actores de su territorio, para promover todas protecciones para las niñas, los niños y las mujeres gestantes. [illegible] 1 gestión del área seleccionada , por periodo del [illegible]	2.1. Cartas de gestion con radicado y la evidencia del correo enviado 2.2. Matriz de Gestión Interinstitucional Junio unificada por las 7 UDS	5%	2023/2024	06 Sin abrigo Cra Colombia		
		3. Validación criterios de focalización junto con el documento de identidad de las nuevas ingresos JUN(_____	3.1 Formato Visita Criterios de Focalización_____ para los casos de ingreso nuevos que aplique 3.2. Subir el total sumado por grupo poblacional los criterios de focalización de los participantes nuevos_____, a los cuales se aplica visita. De cargar la totalidad de Criterios de Focalización de _____ Participantes correspondientes a nuevos grupos de atención delegados 3.3 Diagrama de Visitas - Ficha de las familias Visitadas (Formato APC) 3.4 Base de criterios de focalización unificada por UDS	10%	05/01/2024	06 [illegible] CRITERIOS		
		4. Realización proceso de caracterización de ___ ingresos para Abril de los cinco(s) delegados en el territorio.	4.1 Registro de _____ Nuevos participantes, en el formato (03 mar12 po_formato_ficha_de_caracterizacion_para_las_sesiones_de_ideo con_a_la_primera_infancia_(2).	10%	26/01/2024	06 26 [illegible]		
		5. Proceso de Formación y cualificación al Talento Humano de acuerdo con el Plan de Formación el TH Tema: Corresponsabilidad	5.1 Acta, Registro fotográfico y Firmas	10%	26/01/2024	01		
		6. Planear, desarrollar y implementar formaciones de familias. JJI, III (Corresponsabilidad)	6.1 Planeación cargada al drive 6.2 Realización de las 4 talleres, de los UNI delegados 6.3 Registro fotográfico.	10%	31/01/2024	01		
		7. Control Social y Proceso de buzón de sugerencias y control social, (proceso en campaña del comité de control Social).	7.1 Acta de apertura buzon de sugerencias 1 por UDS 7.2 Evidencias fotograficas. 7.3 Acta Reunión Control Social con participación PPP y cumplimiento del plan de trabajo del comité 7.4 Evidencias socialización respuesta buzon mes anterior	5%	31/01/2024	01		Cargado el 1/8/24
		8.Seguimiento a población migrante y desplazados	8.1 Base excel población migrante y desplazados, Formatos APC 1 por UDS	5%	31/01/2024	04 CASA MIGRANTES		
		9.Activación de rutas según sea el caso	9.1 Formatos de seguimiento canalizados 9.2 Matriz de seguimiento a casos , Filtrados y remitidos (Formato APC) 9.3 Pacto 1 Cuaderno Familiar	5%	2023/2024			
		10. Apoyar a las familias de encuentro en el hogar, fortaleciendo en cada familia participante	10.1 Ficha encuentros en el hogar Concertadores (Formulario)	10%	26/01/2024	04 17		
		11. Acompañar y apoyar la entrega de BNF	11.1 Acta de verificación de la BPF con el comité de control social en compañía de la Nutricionista 1 por UDS 11.2 Presencia en el depósito	5%	26/01/2024	06		
		12 Seguimiento a casos de tránsito armónico	12.1 Realizar acta con la sensibilización y gestión de los casos que requieren orientación para el tránsito armónico 12.2 Base de tránsito armónico 1 por UDS	5%	26/01/2024	00		
		13. Informe de gestión mensual anual formato FB contractual y general de acciones	13. Formato de Informe – Enviado por Coordinación Silvia 13.1 FB de acciones i Datos de casos garantía de derechos ii Acciones realizadas de cualificación iii Dificultades del cumplimiento en el mes 13.2 FB contractual i Aportes a las obligaciones del compromiso	10%	26/01/2024	01		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	[illegible]
C.C.	[illegible]

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	[illegible]
C.C.	[illegible]

Vobo enviar

PAGOSIMPLE | Prefactura

Fecha creación reporte: 2024-07-17, 09:47:06 A. M. Tipo Planilla: I PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1084550937

Periodo Cotización: junio de 2024 Periodo Servicio: junio de 2024

Referencia pago(PIN): 8810491988

Fecha límite de pago: 2024-07-15

GUARDADA 19/06/2024

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	ÚNICO	Total	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																Pensión			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	Días IRP	Días TDP	Días LMA	Días SLN	Días IGE	Días VCT	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Administradora	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte Mineducación	Total
CC 52978862	MARTINEZ CASTRO GINA PAOLA	59	0																	30					[illegible]	$1.300.000	$156.000	[illegible]	$1.300.000	$143.500	[illegible]	$1.300.000	$6.800	[illegible]	$1.300.000	$7.800	$0	$0	$0	$0	$313.100

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Caja	Aportes Pensión	Aportes FSP	Aportes FSI	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes SENA	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	Cotizaciones Voluntarias	Cotizaciones AFP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES	TOTAL FINAL
$1.300.000	$1.300.000	$1.300.000	$1.300.000	$156.000	$0	$0	$143.500	$6.800	$7.800	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$313.100	$0	$313.100

IV. INFORMACION

Día hábil de pago sin mora
10

Periodo de 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

(415)7708998485884(8020)8810491988(3900)0000000(96)20991231

MEDIOS DE PAGO PRESENCIALES Corresponsales: Punto de pago - Punto Red - AKI (MiBanco) - MOVIRED / 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 4448634 - Cali: 602 5540677 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

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 :10645502317
PERIODO :202406
REFERENCIA 2:8810491988

CODIGO	DESCRIPCION	VALOR
693927	RECAUDO PLANILLA SIM	386.000 D

SUBTOTAL: 386.000

TOTAL: 386.000
TARJ CRE/DEB 386.000
CAMBIO 0
ATENDIDO POR: YENNY BELTRAN
17/07/24 12:21 3100 004 5511 840664

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

CUENTA DE COBRO No. 06

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 Julio 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:

Margarita Morales Arrieta
Coordinadora
C.C. 52.356.915

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

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.

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO POR CARGO
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
OTO # 2109/09/2024

PROGRAMA	[illegible]
NOMBRE	[illegible]
CARGO	NUTRICIONISTA
PERIODO/MES	2024

CARGO	PONDERACIÓN	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISIÓN	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCIÓN JULIO	4	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias, como se establece en Cronograma de Capacitación, docente a la propuesta de cada Nutricionista por territorio. Julio 1.1. Estrategia IEC: Retos en la alimentación (Selectividad) 1.2. Promotion de la lactancia materna: Técnicas en Extracción (Posturas)	1.1 Planeación según el área 1.2 Realización de las talleres de las UAIS delegadas 1.3 Actas de proceso con listados de asistencias en Físico y digital, promoción en la unidad 1.4 Registro fotográfico	15%	30/07/2024	OK		
		2. Cualificación al Talento Humano, según Cronograma de estrategia IEC Temas de Julio: 2.1 Estrategia IEC: Retos en la Alimentación (Selectividad) 2.2 Promotion de la lactancia materna: Técnicas en Extracción (Posturas) 2.3 Manejo y Disposición de Residuos sólidos y líquidos. Control de Plagas (PCB)	2.1 Planeación según el área 2.2 Acta de proceso con listados de asistencias en Físico y digital. 2.3 Registro Fotográfico	15%	30/07/2024	OK		
		3. Tamizaje a participantes nuevos en el mes: son_____	3.1 Formato F11 y Tamizaje correspondiente 3.2 Formato llenados de tamizaje nutricional (Formato APC)	20%	30/07/2024	OK		
		4. Cargar a la plataforma Cuéntame los datos correspondientes a las formas creadas de los _____ ingresos del mes.	4. Descargue del excel, generado en aplicativo CUÉNTAME, donde se encuentran filtrados los participantes ingresados mayores 8 días después del ingreso. 4.1 Actualización formato F11 4.2 Actualización formato F15	5%	30/07/2024	OK (9 INGRESOS		
		5. Seguimiento Nutricional a Casos (Casos Evento 113, Casos de Desnutrición aguda moderada y Casos de Riesgo de desnutrición aguda (reporte mensual)	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 en la encontrados en el hogar (Punto 5) Evento 113: En acuerdo a las solicitudes del GE los casos que desde la secretaría de salud sean identificados y notificados como desnutrición aguda, deberán contar con seguimiento y acompañamiento a las familias para la validación de servicios recibidos por la EAPB, tales como: 5.7. Entrega de FTUC 5.8. Consulta de CND nutrición, pediatría, exámenes complementarios 5.9. La información recibida deberá registrarse en formato de ante APC enviando los soportes que la familia entregue.	20%	30/07/2024	OK X CASO		
		6. Acompañar y apoyar la entrega de RPPP, Refrigerios y Bonolácteos	6 Formatos: 6.1. Formato de Verificación de calidad y sanidad 6.2 Acta de verificación de la RPP con el cliente de control social en compañía de la Psicosocial 6.3 Presencia en el espacio	5%	30/07/2024	OK		30/7/24 Subido 7/7/24 SUBIDO
		7. Acompañar, verificar y apoyar PGS y BPM.	7 Formatos: 7.1. Formatos de limpieza y desinfección 7.2 Actualización de PGS 7.3 Actualización de BPM	5%	30/07/2024	OK		
		8. Verificación y seguimiento equipos Metrología	8.1 Revisar la actualización de las hojas de vida de los equipos de metrología y sus verificaciones intermedias 8.2 Realizar la Vif de los equipos de metrología de la Unidad (Bovera, Termometro) los que apliquen según la guía)	5%	30/07/2024	OK		
		9. Seguimiento BOTIQUIN	9.1 Revisar verificación de los insumos del Botiquín	5%	30/07/2024	OK		
		10 Entregar gestión mensual en formato F8 con actual y general diligenciado	10. Formato de Informe – Enviado por Coordinación Ortiz 10.1 F8 de asesoría Actas de casos en Instituciones Informes nutricionales de subsidiados a) Niños(as) desnutridos en el mes 10.2 F8 continental Soportes de asistencias de compromiso	10%	30/07/2024	OK		
				10%	100%			

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	
C.C.	

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	
C.C.	

VOBO

en línea

Planilla General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1031129309		SARMIENTO SUAREZ NATALY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DG 45 SUR # 23-20 BLOQ 16 APT 319	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8206313	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-06	2024-06	[illegible]	94687922373	I	2024/07/04	2024/07/10	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	6	$329,600

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)					$1,600,000	$256,000			$1,600,000	$208,000			$1,600,000	$32,000			$1,600,000	$31,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,600,000	$256,000			$1,600,000	$208,000			$1,600,000	$32,000			$1,600,000	$31,000		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,600,000	$256,000			$1,600,000	$208,000			$1,600,000	$32,000			$1,600,000	$31,000		$0	$0
1	CC	1031129309	SARMIENTO NATALY	14204	30	$1,600,000	$256,000	EPS008	30	$1,600,000	$208,000	CCF24	30	$1,600,000	$32,000	14-21	30	$1,600,000	$31,000	30	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,600,000	$256,000			$1,600,000	$208,000			$1,600,000	$32,000			$1,600,000	$31,000		$0	$0

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1031 [illegible]		SARMIENTO SUAREZ KATALY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DIA 45 SUR # 71-73 BLOQ 38 APT 305	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8035113	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clase		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2024-06	2024-06	[illegible]	[illegible]	I	2024/07/04	2024/07/10	BANCO DAVIVIENDA COLOMBIA S.A.	0	$529,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$256,000	$1,200	$0	$257,200
PROTECCION	23020I	800,229,739	0	1	$256,000	$1,200	$0	$257,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$39,000	$200	$0	$39,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-13	860,011,153	6	1	$39,000	$200	$0	$39,200
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$32,000	$200	$0	$32,200
COMPENSAR	CCF24	860,866,942	7	1	$32,000	$200	$0	$32,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$200,000	$1,000	$0	$201,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$200,000	$1,000	$0	$201,000
TOTAL				1	$527,000	$2,600	$0	$529,600



¡Hola, Nataly sarmiento !

Gracias por utilizar los servicios de BANCO BBVA COLOMBIA S.A. y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:

Estado de la Transacción: Aprobada
CUS: 767665861
Empresa: APORTES EN LINEA
Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9466792373
Valor de la Transacción: $ 529.600
Fecha de Transacción: 10/07/2024

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

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

CUENTA DE COBRO No. 06

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 Julio 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 Dia Mes Año en constancia:
Firmo _____

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($2.519.850) 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:

Margarita Morales Arrieta
Coordinadora
C.C. 52.358.915

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.

OBTENCIÓN DE CUMPLIMIENTO POR CAPSO
ASOCIACIÓN DE MUNICIPIOS DE CUNDINAMARCA
CTO # 1180/AS/2024

RESPONSABLE	[illegible]
NOMBRE	[illegible]
CARGO	NUTRICIONISTA
PERIODO/MES	AGO

AVANCE	PESO (%)	PRODUCTOS A ENTREGAR MENSUALMENTE	PUNTOS DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISIÓN	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCIÓN JULIO	6	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias con los estudiantes en Cronograma de Capacitación, descuento a la propuesta de cada Nutricionista por Institución. (Uno) 1.1. Estrategia IEC: Ruta en la alimentación (Selectividad) 1.2. Promoción de la lactancia materna: Técnicas en Extracción (Pendiente)	1.1 Planeación cargada al drive 1.2 Realización de las talleres, de los 2/05 delegados 1.3 Acta de proceso con listados de asistencias en físico y digital, promovio en la unidad 1.4. Registro fotográfico.	15%	29/05/2024	OK		
		2. Cualificación al Talento Humano, según Cronograma de entrenaje IEC Temas de Jolio: 2.1. Estrategia IEC: Ruta en la alimentación (Selectividad) 2.2. Promoción de la lactancia materna: Técnicas en Extracción (Pendiente) 2.3 Manejo y Disposición de Residuos sólidos y líquidos. Control de Plagas. (PSS)	2.1 Planeación cargada al drive 2.2 Acta de proceso con listados de asistencias en físico y digital. 2.3. Registro fotográfico	15%	29/05/2024	OK		
		3. Tamizaje a participantes nuevos ingresos: sara_____	3.1. Formato FTS y FE tamizaje correspondo 3.2. Formato consolidado de tamizaje nutricional (Drive de APC)	20%	29/05/2024	OK		
		4. Cargar a la plataforma Cubiche los datos correspondientes a las tomas iniciales de los _____ ingresos del mes	4. Descargue del mes , generado en aplicativo CARVIÑAME, donde se encuentren filtrados los participantes ingresados maximo 8 días despues del ingreso. 4.1 Actualización formato FTS 4.2 Actualización formato FTE	5%	29/05/2024	OK LO NUEVOS		
		5. Seguimiento Nutricional a Casos (Casos Evento 113, Casos de desnutrición, riesgo de desnutrición y riesgo de desnutrición aguda según corte cuatrimestral)	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 Riesgo de Desnutrición Aguda (priorización para encuentro en el hogar): 5.5. Visita de seguimiento a casos 5.6. Seguimiento salida encuentros en el hogar (Parte 5) Decreto 1110. De acuerdo a las actividades del C.E. los casos que desde la secretaría de salud sean identificados y notificados como desnutrición aguda, deberán contar con seguimiento y acercamiento a las familias para la solidaridad de servicios recibidos por la EAPB, tales como:	20%	29/05/2024	OK X CASO		
			5.7. Entrega de FTUC. 5.8. Consulta de CYD, nutrición, pediatría, encuentros complementarios. 5.9. La información recibida debera registrarse en formato de acta APC anexando los soportes que la familia entregue.					
		6. Acompañar y apoyar la entrega de RTFP. Refrigerios y Merienda Fría.	6.Formatos: 6.1. Formato de Verificación de calidad y cantidad 6.2 Acta de verificación de la RTFP con el cierre de contratación compañía de la Focalización 6.3 Presencia en el terreno	5%	29/05/2024	OK		30/5/24 SVDLC
		7. Acompañar, verificar y apoyar PSB y BPM	7.Formatos: 7.1. Formatos de Ingreso y desafiliación 7.2 Actualización de PSB 7.3 Actualización de BPM	5%	29/05/2024	OK		30/5/24 SVDLC
		8. Verificación y seguimiento equipos Antropología	8.1 Realizar la actualización de las hojas de vida de los equipos de metrología y sus verificaciones intermedias 8.2 Realizar la HV de los equipos de metrología de la Unidad (Bascula, Tensiometro y los que apliquen segun seguimiento)	5%	29/05/2024	OK		
		9. Seguimiento BODEGAJE	9.1 Realizar verificación de los insumos del Dotación	5%	29/05/2024	OK		
		10. Informe de gestión mensual en el formato Contractual y generalidades	0. Formato de Informe - Enviado por Coordinación Drive 10.1 Plan de acciones • Datos de cobertura en el proceso • Acciones realizadas de cualificación • Dificultades del componente en el mes 10.2 Plan contractual • Aportes a las obligaciones del componente	10%	29/05/2024	OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	[signature]
NOMBRE:	[illegible]
C.C.	[illegible]

FIRMA COORDINADORA	[signature]
NOMBRE:	[illegible]
C.C.	[illegible]

[signature]

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCION	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1003794332	Laura Sofia Alarcón Abaitec		Av cll 63 # 73 a 31 apto 501 br A	3052350371	lalvarinabolas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	1 – Independiente			BOGOTÁ, D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DD/MM/AAAA)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DD/MM/AAAA)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	APC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-09	2024-09	1	09/09/2024	1911 0048	$443.800	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	169.600	0		0		0	1	200	0	169.800	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
23001	Pensión (RAIS) Porvenir	800229739-4	242.700	0	0	0	0	1	200	0	242.900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Salo Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	800.211.391-5	8.200				8.000	1	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	1	0	0	0
ICBF				
0	1	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor aplicado de IBC, UPC, MP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	169.600	169.600
Pensión	1	242.700	242.900
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	440.600

PAGADA

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

10:26

Pago exitoso Recibidos

NEQUI 8 jul.
para mí



¡Pago exitoso!

Hiciste un pago en COMPENSAR-01 por $440.800,00
Fecha: El 8 de julio de 2024
Hora: 8:16 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

NEQUI 8 jul.

Responder

Ciudad: BOGOTA D.C Mes: JULIO Dia: 30 Año: 2024

CUENTA DE COBRO No. 06

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2024-DIMFPERIODISTAS-CON16

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 PESO M/CTE.
PERIODO: Fase Atención Julio 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 vinculo laboral alguno, ni da lugar a ninguna clase de Prestaciones Sociales de conformidad con lo establecido por la Normatividad Vigente.

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

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

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

Autorizado por:

Margarita Morales Arrieta
Coordinadora
C.C. 52.356.915

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: peltyy_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.

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
CTO # 1208/AVA/2024

PROGRAMA	[illegible]
NOMBRE	[illegible]
CARGO	APOYO PEDAGOGICO UDS
PERIODO y FECHA	2024

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	ASOCIATACADO			
					FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION JULIO	6	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales **Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación y subidos al drive correspondiente del Grupo de Atención**	1.1 **Planeación Grupal**, con las cuatro planeaciones de las áreas correspondientes (Formato IDIF) (Primer lunes del mes) 1.2 **Cartilla digital** i. Parte uno: conociéndonos al 100% diligenciada ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada iii. Diligenciamiento de la movilización social: Julio Familias que gestan futuro	50%	29/07/2024	OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (3 MF) **Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación, tener en cuenta lo planeado en los microproyectos**	2.1. **Planeacion** Encuentro en el hogar #1 por cada participante - carpeta es en el cuaderno digital en el drive correspondiente - de acuerdo al grupo etareo) - Historico 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** i. Conociéndonos al 100% diligenciada, ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, iii. Seguimiento al desarrollo, escala de valoración iv. Aplicacion de escalas (Ingresos Abril) (UDS Periodistas) v. Socializacion de Escalas (Ingresos Abril) (UDS Periodistas)	15%	29/07/2024	OK (17.7.7.18)		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en físico como en drive (50)	Actualizacion de los nuevos participantes 3.1 Seguimiento mediante la **lista de chequeo** de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Acomodación de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y cada 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) 3.5 formato de uso de imagenes y de inscripcion de IDIF 3.6 Formato compromiso entrega de documentos a todos los participantes	10%	29/07/2024	OK		
		4. Entrega y socializacion de las escalas	4.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que aplique para el mes Julio__ (documento en físico en las carpetas y socializado en la cartilla digital del participante) 4.2 Socializacion de la escala ____ (participantes abril) (UDS Periodistas)	5%	29/07/2024	OK		
		5. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento	5.1 Apoyar en el seguimiento de novedades de inasistencia, casos de estados de salud, puerperio, hechos de violencias y demás que se presenten en los encuentros por grupo de atención	10%	29/07/2024	OK		
		6. Formato de Acta de conciliación de practicas y acciones IT	6.1 3 Apoyar en los Archivos de excel de practicas (1 x UA) participantes nuevos	5%	29/07/2024	OK		
		7. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faciliten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	7.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS que se sean asignados. 7.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 7.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación. 7.4 Asegurar y mantener el orden y la limpieza.	20%	29/07/2024	OK		
		8. Participar y apoyar en las dinamicas relacionadas con la operación.	8.1. Asegurar y mantener el orden y la limpieza, junto con el equipo de trabajo, de las unidades de servicio 8.2. Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes	5%	29/07/2024	OK		
		TOTAL		100%				

FIRMA CONTRATISTA	[signature]
NOMBRE:	[illegible]
C.C.	[illegible]

FIRMA COORDINADORA	[signature]
NOMBRE:	[illegible]
C.C.	[illegible]

[signature]

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52781570		VELASQUEZ GUTIERREZ ANIELA PATRICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 106 H 66b 51	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3138410463	NO

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clase		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-06	2024-06	1000000014	168150468	I	2024-07-15	2024-07-15	BANCO DE BOGOTA	0	$317,300

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	$308,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$308,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,500		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,300,000	$308,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,500		$0	$0
1	CC 52781570	VELASQUEZ ANIELA	EX001	30	$1,300,000	$308,000	EPS008	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-11	30	$1,300,000	$6,500	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,300,000	$308,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,500		$0	$0

2024/07/16 11:12 AM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1019[illegible]10		RELANQUES GUTIERREZ ANYELA PATRICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 10a # 6-60 [illegible]	BOGOTA-BOGOTA D.C.	3178[illegible]3	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-06	2024-06	1000000014	9[illegible]8	1	2024-07-15	2024-07-16	BANCO DE BOGOTA	0	$177,300

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	830,601,790	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

¡Tu pago fue exitoso!

Número de autorización: 000116

Fecha y hora: 16/07/24 - 07:11

Planilla As Aportes En Linea

No. de planilla 9469368468

Valor	$ 377.300,00
Costo de la transacción	Gratis

PAGADO

El pago se realizó desde:

Cuenta de Ahorros

No. 275478741

Ciudad: BOGOTA D.C Mes: JULIO Dia: 30 Año: 2024

CUENTA DE COBRO No. 04

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2024 – DIMFPERIODISTAS-CON019

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 PESO M/Cte.
PERIODO: Fase Atención JULIO 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 Dia Mes Año en constancia:
Firmo _____

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

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

Autorizado por:
Margarita Morales Arrieta
Coordinadora
C.C. 52.356.915

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

Atentamente,
Jenifer Contreras Yate
NOMBRE: Jenifer Contreras Yate
C.C. 1.030.602.668
DR. Calle 52 sur # 97 c 20
Tel. 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 CORTE
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
CICLO [illegible]

PROGRAMA	[illegible]
NOMBRE	[illegible]
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO EVALUADO	[illegible]

EJE	PARTICIPANTES	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PONDERACIÓN	FECHA DE REVISIÓN	CUMPLE	EN CURSO	OBSERVACIONES
ATENCION JULIO	4	1. Planear, desarrollar e implementar formadores de familias mediante encuentros grupales. **Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación, y cuidados al drive correspondiente del Grupo de Atención**	1.1 **Planeación Grupal**, con las cuatro planeaciones de las áreas correspondientes (Formato CDF) (Primer lunes del mes) 1.2 **Cartilla digital** i. Para uno: cronicadores al 100% diligenciada ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada iii. Diligenciamiento de la nivelación social: Julio Familia que gestion futura	30%	29/07/2024	OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIAF) **Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación, tener en cuenta lo planeado en los entregables/proyectos**	2.1. **Planeación Encuentro en el hogar** (1 por cada participante - cargada en en el cuaderno digital en el drive correspondiente - de acuerdo al grupo etareo) - holística. 2.2 Cronograma de Visitas, con los respectivos Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/o ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atención correspondiente **2.3 Cartilla digital Para uno:** i. Cronicadores al 100% diligenciada, ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, iii. Seguimiento al desarrollo, escala de valoración iv. Aplicación de escalas (Ingreso Abril) (UDS Periodistas) v. Socializacion de Escalas (Ingresos Abril) (UDS Pedodistas)	15%	29/07/2024	OK (27.27.13)		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentación requerida tanto en físico como en drive (de)	Actualización de los nuevos participantes. 3.1 Seguimiento mediante la **lista de chequeo** de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Acomodador 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 Archiva Física y Digital de los documentos en las carpetas respectivo (carpetas) 3.5 Formato de los ingresos y de inscripcion de ICBF 3.6 Formato compromiso entrega de documentos a todos los participantes.	10%	29/07/2024	OK		
		4. Entrega y socializador de las escalas	4.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que apliquen para el mes Julio_ (documento en físico en las carpetas y escaneado en la carpita digital del participante) 4.2 Socializador de la escala ____ (participantes abril) (UDS Pedodistas)	5%	29/07/2024	OK		
		5. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento	5.1 Apoyar en el seguimiento de novedades de inasistencia, casos de estados de salud, puerperios, fechas de vacunas y demás que se presentan en los encuentros por grupo de atencion	10%	29/07/2024	OK		
		6. Formato de ficha de caracterización de practicas y acciones IT	6.1 3 Apoyar en los Archivos de excel de practicas (1 x UA) participantes nuevos	3%	29/07/2024	OK		
		7. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faciliten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	7.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS que se sean asignados. 7.2 Los espacios intencionados deben contar con una intencionalidad pedagógica. 7.3 Buen uso de los materiales de consumo que se emplean para la ambientación. 7.4 Asegurar y mantener el orden y la limpieza.	20%	29/07/2024	OK		
		8. Participar y apoyar en las dinamicas relacionadas con la operación.	8.1. Asegurar y mantener el orden y la limpieza, junto con el equipo de trabajo, de las unidades de servicio 8.2. Participar activamente en los grupos de trabajo programados en el mes	3%	29/07/2024	OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Jenifer Contreras Yate
NOMBRE:	[illegible]
C.C.	[illegible]

FIRMA COORDINADORA	[illegible]
NOMBRE:	[illegible]
C.C.	[illegible]

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Encargado SENA e ICBF
CC [illegible]		CONTRERAS GATE JEAN CA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 52 SUR # 97C - 20	BOGOTA-BOGOTA D.C.	[illegible]	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-06	2024-06	31220853	94015485	E	2024/07/16	2024/07/16	BANCO DE OCCIDENTE	0	$277,300

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	$6,890		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,890		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.C. (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,890		$0	$0
1	CC	[illegible]	CONTRERAS JEAN CA	0-14	$1,300,000	$208,000	03031	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-11	30	$1,300,000	$6,890	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,890		$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 1033622668		CONTRERAS YUSTE JEIMMY	DEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 92I SB H NTE - 38	BOGOTA-BOGOTA D.C.	3134588869	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-07	2024-08	31228853	94691145S5	I	2024/07/16	2024/07/16	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
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
FAMISANAR	EPS017	830.003.564	7	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				1	$377,300	$0	$0	$377,300

2024/07/16 09:31 AM

EFECTIVO LTDA
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

OV: 4388299
OS: 95146061[illegible]
Cliente:1113297 PLANILLAS AVAL Aportes 00
Linea Arus Compensar Asupagos Simple
15/07/2024 17:31:
Fecha:
CAP:
Nombre:
Ipa111100_1:
NUM PLANILLA:
TPO DE IDENTIFICACION:
NUMERO IDENTIFICACION:
PERIODO:
Referencia: 94691146[illegible]Valor: $377.300,00

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: JULIO Día: 30 Año: 2024

CUENTA DE COBRO No. 06

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 PESO M/Cte.
PERIODO: Fase Atención Julio 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 peso M/Cte. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Margarita Morales Arrieta
Coordinadora
C.C. 52.356.915

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,
Luz Marina Diaz Corredor
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 # 1102/2024

PROGRAMA	[illegible]
NOMBRE	[illegible]
CARGO	[illegible]
PERIODO EVALUADO	[illegible]

FASE	PASO No.	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	APOYO PSICOSOCIAL: FECHA DE REVISIÓN	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION JULIO	6	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales **Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación y subidos al drive correspondiente del Grupo de Atención**	1.1 **Planeación Grupal**, con las cuatro planeaciones de las áreas correspondientes (Formato ICBF) (Primer lunes del mes) 1.2 **Cartilla digital:** i. Portal uno: consentimientos al 100% diligenciados ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada iii. Diligenciamiento de la movilización social: Julio Familias que gestan futura	30%	29/07/2024	OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DMF). **Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación, tener en cuenta la planeada en los microproyectos**	2.1. **Planeación Encuentros en el hogar** (1 por cada participante - cargada en un el cuaderno digital en el drive correspondiente - de acuerdo al grupo etareo) - histórica. 2.2 Cronograma de visitas, con las respectivas Firmas - que evidencia el Desarrollo de los 50 y/o ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atención correspondiente. 2.3 **Cartilla digital Parte uno:** i. Consentimientos al 100% diligenciada. ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada. iii. Seguimiento al desarrollo, escala de valoración iv. Aplicación de escalas (Ingresos Abril) (UDS Periodistas) v. Sistalización de Escalas (Ingresos Abril) (UDS Periodistas)	15%	29/07/2024	OK (13,17,16)		(17,17,16) OK (completos
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentación requerida tanto en físico como en drive (50)	Actualización de los nuevos participantes 3.1 Seguimiento mediante la **lista de chequeo** de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Acondicionar 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) 3.5 formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF 3.6 Formato compromiso entrega de documentos a todos los participantes	10%	29/07/2024	OK		
		4. Entrega y socialización de las escalas	4.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas, que aplique para el mes Julio__ diligenciado en físico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante) 4.2 Socialización de la escala ____ (participantes abril) (UDS Periodistas)	5%	29/07/2024	OK		
		5. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algún documento	5.1 Apoyar en el seguimiento de novedades de inasistencia, casos de estadía de salud, puerperio, hechos de violencias y demás que se presenten en los encuentros por grupo de atención	10%	29/07/2024	OK		
		6. Formato de ficha de caracterización de practicas y vacunas (7	6.1.3 Apoyar en los Archivos de excel de practicas (1 x UA) participantes nuevos	7%	29/07/2024	OK		
		7. Cuidar espacios y ambientes enriquecidos que faciliten el ejercicio pedagógico y estar acordes a las intencionalidades de la UDS	7.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS que se sean asignados. 7.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 7.3 Buen uso de los materiales de consumo que se emplean para la ambientación. 7.4 Asegurar y mantener el orden y la limpieza	20%	29/07/2024	OK		
		8. Participar y apoyar en las dinamicas relacionadas con la operación.	8.1. Asegurar y mantener el orden y la limpieza, junto con el equipo de trabajo, de las unidades de servicio 8.2. Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes	3%	29/07/2024	OK		
		TOTAL		100%				

FIRMA CONTRATISTA	[signature]
NOMBRE:	[illegible]
C.C.	53.166.807

FIRMA COORDINADORA	[signature]
NOMBRE:	[illegible]
C.C.	52.356.915

[signature]

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: 78615124

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	78615124
Fecha pago	2024-07-17
Número de autorización pago	1756386
Banco	1083

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	junio de 2024
Periodo de Cotización Pensión	junio de 2024
Número de Administradoras	3
Total Pagado	463700
Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	6800	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	208000	1
EPS008	Compensar EPS	248900	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	1300000	1300000	1300000	0	162500	0	208000	0	6800	0

PAGADA
78615124

compensar

Identificación aportante: 51746897

Fecha liquidación: 17/07/2024 8:37:15

Tipo de planilla:

Número de planilla:

Periodo liquidación: Junio 2024

Fecha límite de pago: 23/07/2024

Valor a pagar: 463700.00

Información de la planilla

ARL SURA	6400
Administradora Colombiana de Pensiones – Colpensiones	20000
Compensar EPS	5.680%

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

Banco de Bogotá

Banco AV Villas

Banco de Occidente

51746897

Número de pago en otras entidades

Periodo Pensión – Salud: Junio 2024

8378615124

Scotiabank COLPATRIA

Punto de pago

RECIBO DE PAGO

Fecha de venta: 17/07/24 **Hora:** 08:29:18 a.m.

Id comercio: 13496 **No. Terminal:** 2055

Id Trx: 29543129 **Id Aut:** 352065

Comercio: PDP BOGOTA PLAZA DE LAS AMERICAS

Dirección: CRA 78 35 07

RECAUDO PSP

TRANSACCIÓN EXITOSA

Convenio: COMPENSAR MI PLANILLA

referencia: 8378615124

Valor: $ 463.700

ORIGINAL

Para cualquier reclamo es indispensable presentar este recibo o comuníquese a los Tel. en Bogotá 7561616 o gratis en el resto del país 018000-522222.

Ciudad: BOGOTA D.C Mes: JULIO Dia: 30 Año: 2024

CUENTA DE COBRO No. 05

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2024-DIMFPERIODISTAS-CON014

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 PESO M/Cte.
PERIODO: Fase Atención Julio 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:

Margarita Morales Arrieta
Coordinadora
C.C. 52.356.915

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: Martha Cecilia Garzón
C.C. 51.930.289
DR. Carrera 78 M # 6-53 sur Ayacucho II sector
Tel. 3223347540
Correo: marisag17@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 POS CARGO
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
CTO# 1100/005/2024

PROGRAMA	[illegible]
NOMBRE	[illegible]
CARGO	[illegible]
PERIODO y FECHA	[illegible]

					(DD/MM/AAAA)			
FASE	PASO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISIÓN	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION JULIO	6	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales **Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación y subidos al drive correspondiente del Grupo de Atención**	1.1 **Planeación Grupal**, con las cuatro planeaciones de las áreas correspondientes (Formato ICBF) (Primer lunes del mes) 1.2 **Cartilla digital**: i. Parte uno: consentimos al 100% diligenciada ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada iii. Diligenciamiento de la movilización social: Julio Familias que gestan futuro	30%	15/07/2024	OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIM) **Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación, tener en cuenta lo planeado en los micro proyectos**	2.1. **Planeación Encuentro en el hogar** (1 por cada participante - cargada en el cuaderno digital en el drive correspondiente - de acuerdo al grupo etario) - historica. 2.2 **Cronograma de visitas**, con los respectivos Temas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/o ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atención correspondiente. 2.3 **Cartilla digital Parte uno**: i. Consentimos al 100% diligenciada, ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, iii. Seguimiento al desarrollo, escala de valoración iv. Aplicación de escalas (Ingreso Abril) (UDS Periodistas) v. Resolución de Dudas (Ingreso Abril) (UDS Periodistas)	15%	15/07/2024	OK(10,11,12)		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentación requerida tanto en Físico como en drive (50)	Actualización de los nuevos participantes 3.1 Seguimiento mediante la **lista de chequeo** de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Alcomodación de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalizados de cada una de los documentos de los participantes del GA _ 3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas) 3.5 formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF 3.6 Formato compromiso entrega de documentos a todos los participantes	10%	15/07/2024	OK		
		4. Entrega y socializacion de las escalas	4.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que apliquen para el mes Julio__ (documento en físico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante) 4.2 Socializados de la escala ____ (participantes abril) (UDS Periodistas)	5%	30/07/2024	OK		
		5. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento	5.1 Apoyar en el seguimiento de novedades de inasistencia, casos de estados de salud, puerperios, hechos de violencias y demás que se presenten en los encuentros por grupo de atención	10%	29/07/2024	OK		
		6. Formato de ficha de caracterización de practicas y accesos D	6.1 3 Apoyar en los Archivos de excel de practicas (1 x UA) participantes nuevos	2%	29/07/2024	OK		
		7. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faciliten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	7.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS que se sean asignados. 7.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 7.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación. 7.4 Asegurar y mantener el orden y la limpieza.	20%	29/07/2024	OK		
		8. Participar y apoyar en las dinamicas relacionadas con la operación.	8.1 .Asegurar y mantener el orden y la limpieza, junto con el equipo de trabajo, de las unidades de servicio 8.2. Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes	3%	29/07/2024	OK		
		TOTAL		100%				

FIRMA CONTRATISTA	[illegible]
NOMBRE:	[illegible]
C.C.	[illegible]

FIRMA COORDINADORA	[illegible]
NOMBRE:	[illegible]
C.C.	[illegible]

Vo Bo

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: 78049424

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	MARTHA CECILIA GARZON
Tipo y número de identificación	CC51930289
Número de planilla	78049424
Fecha pago	2024-07-17
Número de autorización pago	1756663
Banco	1063

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	junio de 2024
Periodo de Cotización Pensión	junio de 2024
Número de Administradoras	3
Total Pagado	377300
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

78049424

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	[illegible]	1
230201	Proteccion (CNG + Proteccion)	208000	1
EPS008	Compensar EPS	162500	1

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

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

COMPENSAR
NIT 860066942-7
RECAUDO MIPLANILLA

FECHA Y HORA TRANSACCION: 2024/07/17 - 12:05 p. m.
DOCUMENTO: CC 51930289
NOMBRE USUARIO:
MARTHA CECILIA GARZON
MODULO: KENPAR01
ID PAGO: 39766362

.
.
.

NO PLANILLA: 8378049424
PERIODO DE PAGO: junio
VALOR PAGADO: $ 377300

.
.
.

TOTAL: $ 377300
EFECTIVO: $ 400000
CAMBIO: $ 22700

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

CUENTA DE COBRO No. 06

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2024-DIMF PERIODISTAS

NOMBRE: YULIANA PATRICIA CIENFUEGOS PEREZ
CEDULA: 1.143.377.520
CUENTA BANCARIA: 161893334 BANCO: **BOGOTA AHORRO _X_ CORRIENTE ___**
LA SUMA DE: ($2.211.631) DOS MILLONES DOSCIENTOS ONCE MIL SEISCIENTOS TREINTA Y UN MIL PESOS M/CTE
PERIODO: Fase Atención julio 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 MIL PESOS M/CTE Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Diana Margarita Morales Arrieta
Coordinadora
C.C 52.356.915

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Yuliana Cienfuegos Perez

NOMBRE: YULIANA PATRICIA CIENFUEGOS PEREZ
C.C: 1.143.377.520
Correo: yulianacienfuegosperez1994@gmail.com
Dirección: Carrera 100 # 50 B 45 sur
Teléfono: 3224091898

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
EDUCACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
CICLO 1 (ENERO/JULIO)

PROGRAMA	[illegible]
NOMBRE	[illegible]
CARGO	[illegible]
PERIODO y FECHA	MES

FASE	PROCESO	PRODUCTOS A ENTREGAR MENSUALES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	AVANCE PERMANENTE: FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION JULIO	4	1. Planear, desarrollar e implementar formadores de familias mediante encuentros grupales **Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación y subidas al drive correspondiente del Grupo de Atención**	**1.1 Planeación Grupal**, con las mismas planeaciones de las áreas correspondientes (Formato ICBF) (Primer lunes del mes) **1.2 Cartilla digital** i. Parte uno: consideraciones al 100% diligenciada ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada iii. Diligenciamiento de la ficha/acta de visita social- Julio Familias que gestan futuro	30%	29/07/2024	OK		
		2. Desarrollar de manera exitosa, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF) **Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación, tener en cuenta lo planeado en los microproyectos**	**2.1. Planeación Encuentro en el hogar** (1 por cada participante - cargada en en el cuaderno digital en el drive correspondiente - de acuerdo al grupo etareo) - historica **2.2 Cronograma de visitas**, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/o ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atención correspondiente **2.3 Cartilla digital Parte uno:** i. Consideraciones al 100% diligenciada, ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, iii. Seguimiento al desarrollo, escala de valoración iv. Aplicación de escalas (Ingresos Abril) (UDS Periodistas) v. Satisfacción de Escalas (Ingresos Abril) (UDS Periodistas)	15%	29/07/2024	OK (16, 17,18)		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentación requerida tanto en Físico como en drive (50)	Actualización de los nuevos participantes **3.1 Seguimiento mediante la Lista de chequeo** de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Acomodación 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 (carpetas) 3.5 formato de uso de imagenes, y de inscripcion de ICBF 3.6 Formato compromiso entrega de documentos a todos los participantes.	10%	29/07/2024	OK		
		4. Entrega y socialización de las escalas	4.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que aplique para el mes Julio_ (documento en físico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante) 4.2 Socialización de la escala ____ (participantes abril) (UDS Periodistas)	5%	29/07/2024	OK		
		5. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, pilpa, o falta de algun documento	5.1 Apoyar en el seguimiento de novedades de inasistencia, casos de estados de salud, pumpeiros, fiestas, de vulnerabilidad, y demás que se presenten en los encuentros por grupo de atención	10%	29/07/2024	OK		
		6. Formato de ficha de caracterización de practicas y acciones tf	6.1) Apoyar en los Archivos de excel de practicas (1 x UA) participantes nuevos	5%	29/07/2024	OK		
		7. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faciliten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	7.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS que se nos asignen. 7.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 7.3 Buen uso de los materiales de consumo que se emplean para la ambientación. 7.4 Asegurar y mantener el orden y la limpieza.	20%	29/07/2024	OK		
		8. Participar y apoyar en las dinamicas relacionadas con la operación.	8.1 Asegurar y mantener el orden y la limpieza, junto con el equipo de trabajo, de las unidades de servicio 8.2. Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes	5%	29/07/2024	OK		
		TOTAL		100%				

FIRMA CONTRATISTA	Nidia Cienfuegos
NOMBRE:	[illegible]
C.C.	[illegible]

FIRMA COORDINADORA	[signature]
NOMBRE:	[illegible]
C.C.	[illegible]

Vo Bo 6/8/24

aportes en linea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 830087565	1	ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA	A - 200 O MAS COTIZANTES	DEMF TERRITORIO	CL 95 # 68 C 24	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4742268	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-07	2024-08	838072547	94718496	E	2024/08/12	2024/08/12	BANCO DE BOGOTA	0	$946.500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																		PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS			PARAFISCALES	
No.	Identificación	Nombre	Reg	Ing	Ret	Tde	Tae	Tdp	Tap	Vsp	Cor	Vst	Sln	Ige	Lma	Vac	Avp	IGE	IRL	Ype	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Tarifa	Dias	Exonerado SENA e ICBF
SUCURSAL: DEMF TERRITORIO (2 Afiliados)																															
Centro de Trabajo: RIESGO 1 (2 Afiliados)																															
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (2 Afiliados)																															
1	CC	1143377500													X						23030	1	EPS017	2	CCF26	0	14-01	2	0.0009	0	No
3	CC	1143377518													X						23030	9	EPS017	9	CCF26	0	14-01	9	0.0009	0	No
3	CC	1143377520																			23030	19	EPS017	19	CCF26	19	14-01	19	0.5223	19	No
4	CC	1030643637													X						23030	1	EPS008	1	CCF26	0	14-01	1	0.0009	0	No
5	CC	1030643639																			23030	29	EPS008	29	CCF26	29	14-01	29	0.5223	29	No
Total		Afiliados(2)																													

2024/08/11 07:24 PM

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT [illegible]	1	ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA	A - 200 O MAS COTIZANTES	OFIC TERRITORIO	CL 55 # 68 F 14	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4140288	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-07	2024-08	83807[illegible]47	9471184564	E	2024/08/12	2024/08/12	BANCO DE BOGOTA	0	$946,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 2)				2	$418,900	$0	$0	$418,900
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$208,100	$0	$0	$208,100
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$210,800	$0	$0	$210,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$11,000	$0	$0	$11,000
ARL SURA	14-11	860,903,790	5	2	$11,000	$0	$0	$11,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$84,000	$0	$0	$84,000
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	2	$84,000	$0	$0	$84,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 2)				2	$327,400	$0	$0	$327,400
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$162,600	$0	$0	$162,600
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$164,800	$0	$0	$164,800
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$63,100	$0	$0	$63,100
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	3	1	$63,100	$0	$0	$63,100
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$42,100	$0	$0	$42,100
SENA	PASENA	899,999,034	1	2	$42,100	$0	$0	$42,100
TOTAL				2	$946,500	$0	$0	$946,500

2024/08/11 07:24 PM

Banco de Bogotá

Comprobante de compra y pagos virtuales PSE

Pago exitoso

Número de autorización 609202

domingo, 11 de agosto de 2024, 7:16:10 PM

Detalle

$946,500.00

Valor Pagado

IVA incluído:	$0.00
Pago a:	APORTES EN LINEA
Débito desde:	Cuenta corriente ******2156
Descripción:	nilla de aportes con clave: 9471184364
Fecha y hora inicio transacción	2024-08-11 7:14:38
NIT del comercio	9999001472382
Número de factura	9471184364
Código Único de Seguimiento	838072547
Dirección IP:	186.84.22.228
Referencia 1:	186.84.22.228
Referencia 2:	NIT
Referencia 3:	830107985

Ciudad: BOGOTA D.C Mes: JULIO Dia: 30 Año: 2024

CUENTA DE COBRO No. 06

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 PESO M/Cte.
PERIODO: Fase Atención Julio 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 vinculo laboral alguno, ni da lugar a ninguna clase de Prestaciones Sociales de conformidad con lo establecido por la Normatividad Vigente.

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

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

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

Autorizado por:

Margarita Morales Arrieta
Coordinadora
C.C. 52.356.915

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

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 # 1300/005/2024

PROGRAMA	[illegible]
NOMBRE	[illegible]
CARGO	APOYO PEDAGOGICO UDS
ejecución y reporte	JULIO

					MES REPORTADO		
AREA	PASO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISIÓN	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION JULIO	6	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales **Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación y subidos al drive correspondiente del Grupo de Atención**	1.1 **Planeación Grupal**, con las cuatro planeaciones de las áreas correspondientes (Formato IDIF) (Primer lunes del mes) **1.2 Carilla digital:** i. Parte uno: conociendonos al 100% diligenciada ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada iii. Diligenciamiento de la movilizacion social: Junta Familias que gestan futuro	30%	29/07/2024	OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF) **Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación, tener en cuenta lo planeado en los microproyectos**	2.1. **Planeacion Encuentro en el hogar** (1 por cada participante - cargada en en el cuaderno digital en el dia de correspondiente - de acuerdo al grupo atareo) - historica. **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 Carilla digital Parte uno:** i. Conociendonos al 100% diligenciada, ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, iii. Seguimiento al desarrollo, escala de valoración) iv. Aplicacion de escalas (Ingresos Abril) (UDS Periodistas) v. Socializacion de Escalas (Ingresos Abril) (UDS Periodistas)	15%	29/07/2024	OK (17,17,16)		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en físico como en drive (SI)	Actualización de los nuevos participantes 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 una de los documentos de los participantes del GA_ 3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas) 3.5 formato de uso de imagenes y de inscripcion de IDIF 3.6 Formato compromiso entrega de documentos a todos los participantes.	10%	29/07/2024	OK		
		4. Entrega y socializacion de las escalas	4.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que aplique para el mes Julio__ (documento en físico en las carpetas y escaneado en la carilla digital del participante) 4.2 Socializacion de la escala ____ (participantes abril) (UDS Periodistas)	5%	29/07/2024	OK		
		5. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento	5.1 Apoyar en el seguimiento de novedades de inasistencia, casos de estados de salud, cuerpeños, hechos de violencias y demás que se presenten en los encuentros por grupo de atención	10%	29/07/2024	OK		
		6. Formato de ficha de caracterización de practicas y acciones IT	6.1 3 Apoyar en los Archivos de excel de practicas (1 x UA) participantes nuevos	5%	29/07/2024	OK		
		7. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faciliten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	7.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS que se sean asignados. 7.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 7.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación. 7.4 Asegurar y mantener el orden y la limpieza.	20%	29/07/2024	OK		
		8. Participar y apoyar en las dinamicas relacionadas con la operación.	8.1. Asegurar y mantener el orden y la limpieza, junto con el equipo de trabajo, de los espacios de atención 8.2. Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes	5%	29/07/2024	OK		
		TOTAL		100%				

FIRMA CONTRATISTA	Natalia Muñoz Zamora
NOMBRE:	[illegible]
C.C.	1.002.491.656

FIRMA COORDINADORA	[illegible]
NOMBRE:	[illegible]
C.C.	52.206.925

V°B°

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	1032460656	YULIETH NATALIA MUÑOZ ZAMORA	CALLE 2 A BIS A # 55A 74	6488668	sdfsmunoz@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
Única	1 – Independiente			BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.	N

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	
2024-06	2024-06	1	15/07/2024	76088382	$378.300	

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					
EPS308	Compensar EPS	860066942-7	162.500	0		0		0	3	400	0	162.900	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230501	Porvenir	800224808-8	208.000	0	0	0	0	3	500	0	208.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Nota Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	800.251.440-6	6.900				6.900	3	100	6.900			88	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	3	0	0	0
ICBF				
0	3	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGR, LMA, IBP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	162.900
Pensión	1	208.000	208.500
Riesgos Laborales	1	6.900	6.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	377.300	378.300

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	1012492656	YULIETH NATALIA MUÑOZ ZAMORA		CALLE 2 A 88 A # 69A 74	5468668	nathumunoz@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
Gnica	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	
					IMPUESTO	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-08	2024-08	1	15/07/2024	76359382	$378.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colilla	Extranjero	Residente	Actúa como Aportante	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VST	SNL	IRL	Cotizante Exterior	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	1012492656	MUÑOZ ZAMORA YULIETH NATALIA	SI	N		N																		23001	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS008	1.300.000	182.000	14-11	1.300.000	1	6.600		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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
15 de julio de 2024

CUS
777029118

Referencia Nequi
M1485832

¿Cuánto?
$ 378.300,00

Valor de los impuestos
$ 0,00

Número de referencia 1
191.107.136.32

Número de referencia 2
CC

Número de referencia 3
1032492656

Factura de comercio
78269382

Tu plata salió de:

 Disponible

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

CUENTA DE COBRO No. 06

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 Julio 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:

Margarita Morales Arrieta
Coordinadora
C.C. 52.356.915

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 # 1138/MR/2024

PROGRAMA	[illegible]
NOMBRE	LUZ ADRIANA ROCHA ALVARADO
CARGO	[illegible]
PERIODO y MES A	MAR

MES	PASO No	PRINCIPALES ENTREGABLES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCIÓN JULIO	6	1. Apoyo 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%	25/07/2024	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 36 de la UDS delegada 2.2 Cargue de Talento Humano Nuevo 2 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%	25/07/2024	OK		
		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, Bienestarina y entregada de RPP	10%	26/07/2024	OK		
		4. Organizar el archivo físico y garantizar la Seguridad de la información de los participantes	4.1. Archivo físico de la UDS delegada (Oficios de gestión, actas de equipo, en el marco de los componentes) 4.2. Carpetas de los participantes vinculados a la UDS 100 Participantes	5%	25/07/2024	OK		
		5. Construcción de la nómina recepción y verificación de la documentación para formalización.	5.1. Formato de nómina en excel. 5.2. Chek list de nómina por cargo (100% de los soportes relacionados) de la UDS asignada.	10%	25/07/2024	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. Resolución ingresos a la bodega y egresos, (Materiales y Dotación)	5%	25/07/2024	OK		
		7. Solicitud de Refrigerios, Semanal	7.1. Reclado 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)	10%	26/07/2024	OK		
		8. Custodia y control de los equipos de computo e impresión.	8.1 Relación de bitacoras e impresiones	5%	29/07/2024	OK		
		9. Inventarios 2024	9.1. Inventario APC	5%	26/07/2024	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%	26/07/2024	OK		
		11. Organización de la información en relación a la encuesta de satisfacción	11.1 Actualización de la base diligenciada 11.2 Apoya en la organizacion del informe correspondiente	10%	26/07/2024	OK		
		12. Organización y relación de servicios públicos	12.1 FB CONTRACTUAL parte 4 obligaciones contractuales registro y presentación de la información	5%	26/07/2024			
				100%				

FIRMA CONTRATISTA	LUZ ADRIANA ROCHA
NOMBRE:	LUZ ADRIANA ROCHA ALVARADO
C.C.	1.098.819.826

FIRMA COORDINADORA	[illegible]
NOMBRE:	MARIANA MEJIA [illegible]
C.C.	52.356.915

VB

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

Señor(a): LUZ ADRIANA ROCHA ALMANZA
No. Identificación: CC1098619826
Dirección: AK 80 G 6-19
Telefono: 6015865932
Correo: luad_2@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8378918430

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	LUZ ADRIANA ROCHA ALMANZA
Tipo y número de identificación	CC1098619826
Número de planilla	8378918430
Fecha pago	2024-07-25
Número de autorización pago	56669918
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	junio de 2024
Periodo de Cotización Pensión	junio de 2024
Número de Administradoras	3
Total Pagado	382200
Total Intereses de Mora	4900

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	6900	1
230201	Proteccion (NG + Proteccion)	210700	1
EPS005	Sanitas EPS	164600	1

8378918430

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1098619826
APELLIDOS Y NOMBRES: LUZ ADRIANA ROCHA ALMANZA

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS005	230201	1300000	1300000	1300000	0	162500	0	208000	0	6900	0

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

MOVIIREI

25/07/2024 11:00:52
MULTISERVICIOS12
#204690
No. transacción
ON240725.1100.B023
TRANSACCION EXITO
PAGO DE FACTURA
Banco de Bogotá
No. autorización 5160553
Convenio: PLANILLA ASI
COMPENSAR
No. Ref: 837891843
Valor: $382,200

LINEA DE ATENCIÓN 01
512825 (opción 3) Bog
3077200 (opci 3)