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

TALENTO HUMANO

FASE ATENCION

OCTUBRE DE 2024

CONTRATO

DIMF

KENNEDY

11006052024

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

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

PROVEEDOR	TIPO DE IDENTIFICACION	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN PROVEEDOR	CARGO	SOPORTE	DESCRIPCION SOPORTE	COPROBANTE DE EGRESO	RUBRO	VALOR TOTAL EJECUTADO	RETE ICA 9,66%	VALOR TOTAL PAGADO
Emilce Rojas Aguilar	Cc	52.278.676	Coordinadora	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 4.166.400	$ 40.247	$ 4.126.153
Ana Maria Barragan León	Cc	1.030.572.403	Agente Educativo Perfil 1	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.519.800	$ 24.341	$ 2.495.459
Angie Tatiana Cantor Sequeda	Cc	1.024.565.233	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
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	39.664.914	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
Karenth Jeanneth Junco	Cc	52.932.713	Apoyo Pedagogico	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.211.631	$ 21.364	$ 2.190.267
Mayerly Andrea Gomez Suarez	Cc	1.030.555.808	Apoyo Pedagogico	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.211.631	$ 21.364	$ 2.190.267
Nohora Rosalba Rojas Medina	Cc	51.814.455	Apoyo Pedagogico	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.211.631	$ 21.364	$ 2.190.267
Nicol Alejandra Barrero Vasquez	Cc	1.233.489.641	Apoyo Pedagogico	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.211.631	$ 21.364	$ 2.190.267
Sooner Susana Chaves Rodriguez	Cc	52.847.653	Apoyo Pedagogico	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.211.631	$ 21.364	$ 2.190.267
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
Ana Jazmin Becerra Gallo	Cc	52.931.661	Agente Educativo Perfil 1	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.519.800	$ 24.341	$ 2.495.459
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
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
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
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
Wuilfran Vega Arias	Cc	80.759.821	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
Shirley Andrea Maldonado Maldonado	Cc	52.928.159	Auxiliar Administrativa	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.580.200	$ 24.925	$ 2.555.275
TOTAL								**$ 95.609.134**	**$ 923.584**	**$ 94.685.550**

PRESUPUESTO $ 95.609.400
DIFERENCIA $ 266

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

CUENTA DE COBRO No. 9

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 Octubre 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.

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

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	EMILCE ROJAS AGUILAR
CARGO	COORDINADOR
PERIODO y FECHA	OCTUBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCIÓN OCTUBRE	9	1. Informe Técnico, que de cuenta de la ejecución de cada uno de los componentes en el primer mes de Atención	1.1 Formato f8 contractual (U. entre todos, deacuerdo a lo delegado Casilla Amarilla)	10%		OK		
			1.2. Organización Drive x Unidad con los estandares del Contractual y cargar los soportes Existentes Cargados Maximo al 8 de Noviembre			OK		
			1.3 Formato f8 Acciones (Emilce)			OK		
			1.4. Actas por seguimiento a: * Acompañamiento a Visitas * Acompañamiento encuentro grupal * Acompañamiento a través de llamadas de verificación RPP * Acompañamiento y verificación de Cartillas Grupales Digitales * Acompañamiento y verificación de Cartillas Familiares Digitales			OK		
		2. Velar por mantener el th y tener al día el archivo de los mismos	2.1. Matriz de Talento Humano Actualizada - Con Egresos e ingresos ocurridos en el mes	5%		OK		
		3. Organizar, Monitorear e informar las especificaciones de la cobertura y población a atender	3.1 Formato Certificacion de Cobertura (U. Eliana - Yolima)	10%		OK		
			3.2 Formato población Migrante (U. Ledys - Emilce)			OK		
			3.3 Formato Desplazados (U. Ledys - Emilce)			OK		
			3.4. Fomato Metas Sociales (U. Margarita - Yolima)			OK		
			3.5. Certificado de no ocurrencia de hechos de Violencia (Ledy y EM)			OK		
		4. Novedades de Ingresos y egresos Durante el mes	4.1 Formato de Novedades de la UDS, _____ Casos, junto con sus soportes	5%		OK		
		5,. Monitorear el cumplimiento Cuentame al 100% Mensual **Nota aclaratoria:** No se puede egresar participantes sin la toma de talla y peso.	5.1. Cargue de Participantes Nuevos _____de la UDS delegada 100%	5%		OK		
			5.2. Cargue del 100%Nutricional, participantes Nuevos _____			OK		
			5.3 Actualización de Talento Humano Nuevo			OK		
			5.4 Cargue de RAM			OK		
			5.5. Cargue de Formación al 100%, (3 formaciones por persona)			OK		
		6. Organizar, Monitorear y acompañar: * Entrega de RPP * Entrega de Refrigerios	6.1. Formatos RPP - 18 Listados en total_ 3 por profe (Traer los físicos para verificar _ organizados en una AZ legajados por unidad)	15%		OK		
			6.2 Formatos de Refrigerio - 72 listados en total _12 por profe (Traer los físicos para verificar_organizados en una AZ legajados por unidad)			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%		OK		
		8. Construcción de la nómina recepcion y verificación de la documentación para formalización.	8.1. Formato de nómina en excel. (Deacuerdo a los horarios citados x th) Kennedy Jueves 24 OCTUBRE Suba Miercoles 25 OCTUBRE	5%		OK		
			8.2. Chek list de nómina por cargo (100% de los soportes relacionados) de la UDS asignado			OK		
			8.3. Certificación de cumplimiento de las 18 Personas del equipo. (Verificación Técnica)			OK		
		10. Programación General	10.1 Cronograma de la unidad _ Encuentro grupales	5%		OK		
			10.2 Cronograma visitas _ Por Dupla			OK		
			10.3 Proyección Grupos de Estudio, con Planeacion, Acta, Registro fotografico			OK		
			10.4. Grupo Estudio liderado por coordis - Primera Semana del mes			OK		
		11. Cargue soportes Contractuales	11. 1 Cargar digitales por compoenete_ Contractuales 10 de cada mes la información vencida o del mes que se cierra	15%		OK		
			11.2. F 23_ Buenas prácticas ambientales			OK		
		12. Mantenimiento y cuidado de las Sedes	12. Matriz de mantenimiento _ Asegurar y mantener el orden y la limpieza y mantenimiento de las sedes	5%		OK		
		13. Evaluación de desempeño equipo		2.5%		OK		
		14. Aplicación de encuesta de satisfacción y documento de análisis.		2.5%		OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Emilce
NOMBRE:	EMILCE ROJAS AGUILAR
C.C.	52.2786.76

FIRMA COORDINADORA	Elena Nuñez
NOMBRE:	Elena Nuñez
C.C.	52 357 456

V°B°

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

Señor(a): EMILCE ROJAS AGUILAR
No. Identificación: CC52278676
Dirección: KR 72 H 38 BIS 65 SUR
Telefono: 3213231356
Correo: EMILCEROJASTS@GMAIL.COM
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 80362579

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	EMILCE ROJAS AGUILAR
Tipo y número de identificación	CC52278676
Número de planilla	80362579
Fecha pago	2024-10-21
Número de autorización pago	1815435
Banco	1083

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	septiembre de 2024
Periodo de Cotización Pensión	septiembre de 2024
Número de Administradoras	3
Total Pagado	483800
Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	8700	1
230301	Porvenir	266700	1
EPS008	Compensar EPS	208400	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 52278676
APELLIDOS Y NOMBRES: EMILCE ROJAS AGUILAR

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	230301	1666600	1666600	1666600	0	208400	0	266700	0	8700	0

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

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **EMILCE ROJAS AGUILAR**, identificada con **CC** número **52278676**, aportó por **EMILCE ROJAS AGUILAR** identificado(a) con **CC** número **52278676** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, el periodo de pensión de 09 - 2024 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	INGRESO	RETIRO	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	COR	CORRECCION	DIAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACION Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NUMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
14-11	ARL SURA	59															0		30	$1,666,600	0.00522	$8,700	$0	$0	Septiembre - 2024	80362579	21/10/2024	NO
EPS008	Compensar EPS	59															0		30	$1,666,600	0.12500	$208,400	$0	$0	Septiembre - 2024	80362579	21/10/2024	NO
230301	Porvenir	59															0		30	$1,666,600	0.16000	$266,700	$0	$0	Septiembre - 2024	80362579	21/10/2024	NO

El presente certificado se expide a los 23 días del mes Octubrede 2024

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

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

CUENTA DE COBRO No. 9

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 OCTUBRE 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.

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	Ana Maria Barragan Leon
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECH	OCTUBRE

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO POR CARGO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION OCTUBRE	9	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales **Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación y subidos al drive correspondiente del Grupo de Atencion**	1.1 Planeación Grupal, con las cuatro planesciones de las áreas corespondientes (Formato ICBF)	15%				
			1.2 Cartilla digital: I. Parte uno: conociendonos al 100% diligenciada, ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, iii Diligenciamiento de la parte dos: Priorización de Practicas, iv. Diligenciamiento de la movilizacion social: OCTUBRE Ser como niños 2.0		octubre	OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF) **Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación, tener en cuenta lo planeado en los microproyectos**	2.1. Planeacion Encuentro en el hogar (1 por cada participante - cargada en el cuaderno digital en el drive correspondiente - de acuerdo al grupo etareo) - historica desde la primera atencion	15%		OK		
			2.2 Cronograma de visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/o ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente.		octubre	OK		
			2.3 Cartilla digital Parte uno: I. Conociendonos al 100% diligenciada, ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, iii. Seguimiento al desarrollo, escala de valoración iv. Parte 5 Seguimiento a situaciones de riesgo diligenciada v. Notas complementarias del 8 mes de atención		octubre	OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida, tanto en fisico como en el drive y con la renombración correspondiente (50)	3.1 Formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF	5%	octubre	OK		
			3.2 Formato compromiso entrega de documentos a todos los participantes.			OK		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo antes del 15 de cada mes sus ingresos y egresos ____ durante el mes de OCTUBRE	4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes	15%	octubre	OK		
			4.2 Soportes de egreso (con la aprobación de la coordinación)			OK		
			4.3 Soportes de ingreso (soportes subidos al drive correspondiente: RC del participante, cédula del acudiente, recibo de servicio público de la vivienda, carnet vacunas, crecimiento y desarrollo, vinculacion EPS y compromisos de acuerdo a los documentos pendientes)			OK		
		5.Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios,Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.	5.1 Formato Ram	10%	octubre	OK		
			5.2 Refrigerios			OK		
			5.3 Formato RPP			OK		
			5.4 Fotografias uno a uno de la entrega de RPP - en power Point			OK		
			5.5 Formato de Bienestarina Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni enmendaduras			OK		
		6.. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento	6.1 Formato de novedades en fisico por grupo de atencion (si aplica) y subido al drive	7%		OK		
			6.2 Formato de compromiso de documentos con los seguimientos respectivos en fisico y subido al drive correspondiente del grupo de atención			OK		
			6.3 Formatos de novedades y compromisos de entregas documentales firmado por las familias (formato APG)			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 OCTUBRE__ (documento en fisico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante) i. Aplicacion de la segunda toma de la escala para los ingresos de Abril ii. Primera aplicacion ingresos del mes julio y de meses anteriores, dependiendo la fecha de ingreso y la edad del niños quelos de 6 meses en adelante	15%	octubre	OK		
			7.2 Socializacion de la escala____ (participantes_____)			OK		
		8. Apoyar el diligenciamiento de la caracterizacion de practicas de acuerdo con el F7	8.1 Realizar la caracterización correspondiente y diligenciar el F7 grupal con los participantes activos.	10%	octubre	OK		
			8.2 Realizar la caracterización correspondiente y diligenciar el F7 individual con los activos.			OK		
			8.3 Realizar la Priorización y semaforizacion de prácticas del 8 mes de atención para todos los participantes (dependiendo del mes de ingreso se determina la cantidad de la semaforizaciones que tiene un participante).			OK		
		9. Generar espacios y ambientes enriquecidos que falciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS y a los microproyectos.	9.1 Ambientación de espacios fisicos de la UDS acorde al proyecto pedagogico del territorio y tematica del mes.	5%	octubre	OK		
			9.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica.			OK		
			9.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación			OK		
		10. Participar y apoyar en las dinamicas relacionadas con la operación.	10.1 Asegurar y mantener el orden y la limpieza, junto con el equipo de trabajo, de las unidades de servicio	3%		OK		
			10.2. Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes			OK		
				TOTAL	100%			

FIRMA CONTRATISTA	Ana Maria Barragan Leon
NOMBRE:	Ana Maria Barragan Leon
C.C.	1.030.572.403

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	
C.C.	

V°B°

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	941526744	9473748462	I	2024/10/02	2024/09/30	BANCO DE BOGOTA	0	$377,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0
1	CC 1030572403	BARRAGAN ANA	230201	30	$1,300,000	$208,000	EPS005	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-11	30	$1,300,000	$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

2024/09/27 07:01 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 1030572403		BARRAGAN LEON ANA MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 40 sur 78 m 27	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	941526744	9473748462	I	2024/10/02	2024/09/30	BANCO DE BOGOTA	0	$377,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$0	$0	$208,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$208,000	$0	$0	$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,800	$0	$0	$6,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$6,800	$0	$0	$6,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				1	$377,300	$0	$0	$377,300

2024/09/27 07:01 PM

Banco de Bogotá

Comprobante de compra y pagos virtuales PSE

Pago exitoso

Número de autorización 005202

viernes, 27 de septiembre de 2024, 7:00:05 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: 9473748462
Fecha y hora inicio transacción	2024-09-27 6:58:36
NIT del comercio	9999001472382
Número de factura	9473748462
Código Único de Seguimiento	941526744
Dirección IP:	186.28.138.13
Referencia 1:	186.28.138.13
Referencia 2:	CC
Referencia 3:	1030572403

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

CUENTA DE COBRO No. 03

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2024-DIMF KENNEDY-CON025

NOMBRE: ANGIE TATIANA CANTOR SEQUEDA
CEDULA: 1.024.565.233
CUENTA BANCARIA: 272386293 **BANCO: BOGOTA AHORRO _X_ CORRIENTE ___**
LA SUMA DE: ($2.519.800) DOS MILLONES QUINIENTOS DIECINUEVE MIL OCHOCIENTOS PESOS M/CTE.
PERIODO: Fase Atención OCTUBRE 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
Coordinadora
C.C 52.278.676

Aprobado por:

Ana Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: ANGIE TATIANA CANTOR SEQUEDA
C.C. 1.024.565.233
Correo: angiet.cantor@gmail.com
Dirección: Calle 23 sur # 16 b 26
Teléfono: 3193043202

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

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	ANGIE TATIANA CANTOR SEQUEDA
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	OCTUBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION OCTUBRE	3	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales **Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación y subidos al drive correspondiente del Grupo de Atencion**	1.1 Planeación Grupal, con las cuatro planeaciones de las áreas corespondientes (Formato ICBF)	15%	octubre	OK		
			1.2 **Cartilla digital**: i. Parte uno: conociendonos al 100% diligenciada, ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, iii Diligenciamiento de la parte dos: Priorización de Practicas, iv. Diligenciamiento de la movilizacion social: OCTUBRE Ser como niños 2.0					
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF) **Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación, tener en cuenta lo planeado en los microproyectos**	2.1. **Planeacion Encuentro en el hogar** (1 por cada participante - cargada en en el cuaderno digital en el drive correspondiente - de acuerdo al grupo etareo) - historica desde la primera atencion	15%	octubre	OK		
			2.2 Cronograma de visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/o ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente.			OK		
			2.3 Cartilla digital Parte uno: i. Conociendonos al 100% diligenciada, ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, iii. Seguimiento al desarrollo, escala de valoración iv. Parte 5 Seguimiento a situaciones de riesgo diligenciada v. Notas complementarias del 8 mes de atención			OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida, tanto en fisico como en el drive y con la renombración correspondiente (50)	3.1 Formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF	5%	octubre	OK		
			3.2 Formato compromiso entrega de documentos a todos los participantes			OK		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo antes del 15 de cada mes sus ingresos y egresos ____ durante el mes de OCTUBRE	4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes	15%		OK		
			4.2 Soportes de egreso (con la aprobación de la coordinación)			OK		
			4.3 Soportes de ingreso (soportes subidos al drive correspondiente: RC del participante, cédula del acudiente, recibo de servicio público de la vivienda, carnet vacunas, crecimiento y desarrollo, vinculacion EPS y compromisos de acuerdo a los documentos pendientes)			OK		
		5 Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios,Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.	5.1 Formato RAM	10%		OK		
			5.2 Refrigerios			OK		
			5.3 Formato RPP			OK		
			5.4 Fotografías uno a uno de la entrega de RPP - en power Point			OK		
			5.5 Formato de Bienestarina Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni enmendaduras			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) y subido al drive	7%		OK		
			6.2 Formato de compromiso de documentos con los seguimientos respectivos en físico y subido al drive correspondiente del grupo de atención			OK		
			6.3 Formatos de novedades y compromisos de entregas documentales firmado por las familias (formato APC)			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 OCTUBRE__ (documento en físico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante) i. Aplicacion de la segunda toma de la escala para los ingresos de Abril ii. Primera aplicacion ingresos del mes julio y de meses anteriores, dependiendo la fecha de ingreso y la edad del niños quelos de 6 meses en adelante	15%	octubre	OK		
			7.2 Socializacion de la escala ____ (participantes _____)			OK		
		8. Apoyar el diligenciamiento de la caracterizacion de practicas de acuerdo con el F7	8.1 Realizar la caracterización correspondiente y diligenciar el F7 grupal con los participantes activos.	10%	octubre	OK		
			8.2 Realizar la caracterización correspondiente y diligenciar el F7 individual con los activos.			OK		
			8.3 Realizar la Priorización y semaforizacion de prácticas del 8 mes de atención para todos los participantes (dependiendo del mes de ingreso se determina la cantidad de la semaforizaciones que tiene un participante)			OK		
		9. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faliciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS y a los microproyectos.	9.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS acorde al proyecto pedagogico del territorio y tematica del mes.	5%	octubre	OK		
			9.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica.			OK		
			9.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación.			OK		
		10. Participar y apoyar en las dinamicas relacionadas con la operación.	10.1 .Asegurar y mantener el orden y la limpieza, junto con el equipo de trabajo, de las unidades de servicio	3%		OK		
			10.2. Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes.					
				TOTAL	100%			

FIRMA CONTRATISTA	ANGIE CANTOR.
NOMBRE:	ANGIE TATIANA CANTOR SEQUEDA
C.C.	1.024.565.233

FIRMA COORDINADORA	Emilce R.
NOMBRE:	EMILCE ROJAS AGUILAR
C.C.	52.2786.76

Vobo Emilce

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-10-17, 10:03:08 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Número Planilla:** 1067418876

Periodo Cotización: octubre de 2024 **Periodo Servicio:** octubre de 2024

PAGADO 17/10/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANGIE CANTOR		
Documento	CC1024565233	**Dirección**	CL 23N SUR #16 B - 26
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	9004103
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	SOACHA	**Departamento**	CUNDINAMARCA
Representante Legal		**Identificación**	
Total, Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1024565233	ANGIE TATIANA CANTOR SEGUEDA	59	00																	0	30	30	30	30	(230201) PROTECCION	$ 1.300.000	$ 208.000	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.300.000	$ 162.500	0,522	$ 1.300.000	$ 6.800	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 1.300.000	$ 7.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 385.100

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 162.500	$ 6.800	$ 7.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 385.100	$ 0	$ 385.100

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

Detalle del movimiento

Pago realizado

Pago en
Simple Oi

¿Cuánto?
$ 385.100,00

Fecha
17 de octubre de 2024 a las 10:03 p. m.

Referencia
M13832534

¿De dónde salió la plata?



Disponible
$ 385.100,00

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

CUENTA DE COBRO No. 9

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 octubre 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 autonomia, frente a la Asociación Profesionales de Colombia, razón por la cual no constituye vínculo laboral alguno, ni da lugar a ninguna clase de Prestaciones Sociales de conformidad con lo establecido por la Normatividad Vigente.

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

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

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

LILIANA PEÑA

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

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

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO POR CARGO

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	LILIANA PATRICIA PEÑA SALCEDO
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	OCTUBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION OCTUBRE	9	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales. **Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación y subidos al drive correspondiente del Grupo de Atencion**	1.1 Planeación Grupal, con las cuatro planeaciones de las áreas correspondientes (Formato ICBF)	15%	octubre	OK		
			1.2 Cartilla digital: i. Parte uno: conociendonos al 100% diligenciada, ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, iii Diligenciamiento de la parte dos: Priorización de Practicas, iv. Diligenciamiento de la movilizacion social: OCTUBRE Ser como niños 2.0					
		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 ea el hogar** (1 por cada participante - cargada en en el cuaderno digital en el drive correspondiente - de acuerdo al grupo etareo) - historica desde la primera atencion	15%	octubre	OK		
			2.2 Cronograma de visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/o ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente.			OK		
			2.3 Cartilla digital Parte uno: i. Conociendonos al 100% diligenciada, ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, iii. Seguimiento al desarrollo, escala de valoración iv. Parte 5 Seguimiento a situaciones de riesgo diligenciada v. Notas complementarias del 8 mes de atención			OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida, tanto en fisico como en el drive y con la renombración correspondiente (50)	3.1 Formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF	5%	octubre	OK		
			3.2 Formato compromiso entrega de documentos a todos los participantes.					
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo antes del 15 de cada mes sus ingresos y egresos ____ durante el mes de OCTUBRE	4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes	15%	octubre	OK		
			4.2 Soportes de egreso (con la aprobación de la coordinación)			OK		
			4.3 Soportes de ingreso (soportes subidos al drive correspondiente: RC del participante, cédula del acudiente, recibo de servicio público de la vivienda, carnet vacunas, crecimiento y desarrollo, vinculacion EPS y compromisos de acuerdo a los documentos pendientes)			OK		
		5.Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios,Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.	5.1 Formato Ram	10%	octubre	OK		
			5.2 Refrigerios			OK		
			5.3 Formato RPP			OK		
			5.4 Fotografias uno a uno de la entrega de RPP - en power Point			OK		
			5.5 Formato de Bienestarina Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni enmendaduras			OK		
		6.. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento	6.1 Formato de novedades en fisico por grupo de atencion (si aplica) y subido al drive	7%		OK		
			6.2 Formato de compromiso de documentos con los seguimientos respectivos en fisico y subido al drive correspondiente del grupo de atención			OK		
			6.3 Formatos de novedades y compromisos de entregas documentales firmado por las familias (formato APC)			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 OCTUBRE__ (documento en fisico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante) i. Aplicacion de la segunda toma de la escala para los ingresos de Abril ii Primera aplicacion ingresos del mes julio y de meses anteriores, dependiendo la fecha de ingreso y la edad del niños quelos de 6 meses en adelante	15%	octubre	OK		
			7.2 Socializacion de la escala ___ (participantes _____)			OK		
		8. Apoyar el diligenciamiento de la caracterizacion de practicas de acuerdo con el F7	8.1 Realizar la caracterización correspondiente y diligenciar el F7 grupal con los participantes activos.	10%	octubre	OK		
			8.2 Realizar la caracterización correspondiente y diligenciar el F7 individual con los activos.			OK		
			8.3 Realizar la Priorización y semaforizacion de prácticas del 8 mes de atención para todos los participantes (dependiendo del mes de ingreso se determina la cantidad de la semaforizaciones que tiene un participante).			OK		
		9. Generar espacios y ambientes enriquecidos que falciten el ejercicio 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 pedagogico del territorio y tematica del mes.	5%	octubre	OK		
			9.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica.			OK		
			9.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación			OK		
		10. Participar y apoyar en las dinamicas relacionadas con la operación.	10.1 .Asegurar y mantener el orden y la limpieza, junto con el equipo de trabajo, de las unidades de servicio	3%	oct.	OK		
			10.2. Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes			OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	LILIANA PATRICIA PEÑA SALCEDO
C.C.	52.974.610

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	EMILCE ROJAS AGUILAR
C.C.	52.2785.76

V°B°

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	09612698	9473833329	I	2024/10/03	2024/10/16	BANCO DE OCCIDENTE	13	$381,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing ret tde tae tdp tap vsp cor vst sln ige lma vac avp vct irl vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$6,800		$0	$0		$377,300
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$6,800		$0	$0		$377,300
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$6,800		$0	$0		$377,300
1	CC 52974510	PEÑA LILIANA		23030 1	30	$1,300,000	$208,000	EPS005	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-11	30	$1,300,000	0.522%	$6,800	0	$0	$0	No	$377,300
Total Afiliados(1)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$6,800		$0	$0		$377,300

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	09612698	9473833329	I	2024/10/03	2024/10/16	BANCO DE OCCIDENTE	13	$381,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$2,000	$0	$210,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$208,000	$2,000	$0	$210,000
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	$162,500	$1,600	$0	$164,100
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$162,500	$1,600	$0	$164,100
TOTAL				1	$377,300	$3,700	$0	$381,000

transacción **PAGO DE PLANILLAS**

TRANSACCIÓN EXITOSA

Fecha	16/10/2024
Hora	12:06:19
Terminal	384488
Convenio	PILA PLANILLA ASI STIDA APORTES EN LINEA
Cod. Convenio	1506
Comercio	542362
No. aprob Banco	612698
Referencia	9473833329
No. aprob Puntored	001019937269
Valor	$381,000

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

CUENTA DE COBRO No. 9

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 octubre 2024.

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

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

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

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

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

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

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

Atentamente,
Marcela Castillo V
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.

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	Marcela Castillo
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECH	OCTUBRE

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO POR CARGO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION OCTUBRE	9	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales **Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación y subidos al drive correspondiente del Grupo de Atencion**	1.1 Planeación Grupal, con las cuatro planeaciones de las áreas correspondientes (Formato ICBF)	15%	octubre	OK		
			1.2 **Cartilla digital:** i. Parte uno: conociendonos al 100% diligenciada, ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, iii Diligenciamiento de la parte dos: Priorización de Practicas, iv. Diligenciamiento de la movilizacion social: OCTUBRE Ser como niños 2.0			OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF) **Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación, tener en cuenta lo planeado en los microproyectos**	2.1. **Planeacion Encuentro en el hogar (1 por cada participante - cargada en en el cuaderno digital en el drive correspondiente - de acuerdo al grupo etareo) - historica desde la primera atencion**	15%	octubre	OK		
			2.2 Cronograma de visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/o ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente.			OK		
			2.3 **Cartilla digital Parte uno:** i. Conociendonos al 100% diligenciada, ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, iii. Seguimiento al desarrollo, escala de valoración iv. Parte 5 Seguimiento a situaciones de riesgo diligenciada v. Notas complementarias del 8 mes de atención			OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida, tanto en fisico como en el drive y con la renombración correspondiente (50)	3.1 Formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF	5%	octubre	OK		
			3.2 Formato compromiso entrega de documentos a todos los participantes.			OK		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo antes del 15 de cada mes sus ingresos y egresos ____ durante el mes de OCTUBRE	4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes	15%	octubre	OK		
			4.2 Soportes de egreso (con la aprobación de la coordinación)			OK		
			4.3 Soportes de ingreso (soportes subidos al drive correspondiente: RC del participante, cédula del acudiente, recibo de servicio público de la vivienda, carnet vacunas, crecimiento y desarrollo, Vinculacion EPS y compromisos de acuerdo a los documentos pendientes)			OK		
		5 Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios,Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.	5.1 Formato RAM	10%	octubre	OK		
			5.2 Refrigerios			OK		
			5.3 Formato RPP			OK		
			5.4 Fotografias uno a uno de la entrega de RPP - en power Point			OK		
			5.5 Formato de Bienestarina Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni enmendaduras			OK		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripe, o falta de algun documento	6.1 Formato de novedades en fisico por grupo de atencion (si aplica) y subido al drive	7%	octubre	OK		
			6.2 Formato de compromiso de documentos con los seguimientos respectivos en fisico y subido al drive correspondiente del grupo de atención			OK		
			6.3 Formatos de novedades y compromisos de entregas documentales firmado por las familias (formato APC)			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 OCTUBRE__ (documento en fisico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante) i. Aplicacion de la segunda toma de la escala para los ingresos de Abril ii. Primera aplicacion ingresos del mes julio y de meses anteriores, dependiendo la fecha de ingreso y la edad del niños quelos de 6 meses en adelante	15%	octubre	OK		
			7.2 Socializacion de la escala ____ (participantes _____)			OK		
		8. Apoyar el diligenciamiento de la caracterizacion de practicas de acuerdo con el F7	8.1 Realizar la caracterización correspondiente y diligenciar el F7 grupal con los participantes activos.	10%	octubre	OK		
			8.2 Realizar la caracterización correspondiente y diligenciar el F7 individual con los activos.			OK		
			8.3 Realizar la Priorización y semaforizacion de prácticas del 8 mes de atención para todos los participantes (dependiendo del mes de ingreso se determina la cantidad de la semaforizaciones que tiene un participante).			OK		
		9. Generar espacios y ambientes enriquecidos que falciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS y a los microproyectos.	9.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS acorde al proyecto pedagogico del territorio y tematica del mes.	5%	octubre	OK		
			9.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica.			OK		
			9.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación			OK		
		10. Participar y apoyar en las dinamicas relacionadas con la operación.	10.1 .Asegurar y mantener el orden y la limpieza, junto con el equipo de trabajo, de las unidades de servicio	3%	octubre	OK		
			10.2. Participar activamente en los grupos de Estudio,programados en el mes			OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Marcela Castillo
NOMBRE:	Marcela Castillo
CC	1094030999

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	
C.C	

V.O.B.

ASOPAGOS s.a.

Certificación de Pago

Se certifica que la empresa , identificada con CC-1019030999 sucursal 001, canceló los aportes de seguridad social y parafiscales de la siguiente manera:

REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA		CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE ADMINISTRADORA	Nro. AFILIADOS	DÍAS MORA	COTIZACIÓN	INTERES	VALOR TOTAL
Período pensión:	2024-09	230301	800224808	PORVENIR	1	0	208.000	0	208.000
Período salud:	2024-09	EPS005	800251440	SANITAS	1	0	162.500	0	162.500
Planilla Nro.:	31036006 Tipo I	14-11	890903790	ARL SURA	1	0	6.800	0	6.800
Clase de aportante:	I	SINCCF	0	SIN CCF	1	0	0	0	0
Fecha transacción:	2024-10-12	PASENA	899999034	SENA	0	0	0	0	0
Banco:	1507	PAICBF	899999239	ICBF	0	0	0	0	0
Transacción:	977983852	PAESAP	899999054	ESAP	0	0	0	0	0
		PAMIED	899999001	MINEDU	0	0	0	0	0
						GRAN TOTAL			$ 377.300

PAGADO

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:	2024-10-12
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2024-10-23
FECHA DE PAGO:	2024-10-15
ENTIDAD DE PAGO:	NEQUI
PERÍODO PENSIÓN:	2024-09
PERÍODO SALUD:	2024-09
NÚMERO PLANILLA:	31036006
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	31036006
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 162.500
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 208.000	$ 208.000
14-11	890903790	ARL SURA	1	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 6.800	$ 6.800
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 377.300	$ 377.300

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	26/11/2024

Resumen de pago

Descripción de compra
Pago de seguridad Social Integrado

Estado de la solicitud
Transacción aprobada

Tienda
ASOPAGOS

Fecha de solicitud
12 de octubre de 2024

CUS
977983852

Referencia Nequi
M9946980

¿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
31036006

Tu plata salió de:



Disponible

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

CUENTA DE COBRO No. 09

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 Octubre 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,
Martha Elizabeth Páez

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

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

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO POR CARGO

PROGRAMA	DIME GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	MARTHA ELIZABETH PAEZ L.
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECH	OCTUBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION OCTUBRE	9	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales **Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación y subidos al drive correspondiente del Grupo de Atencion**	1.1 Planeación Grupal, con las cuatro planeaciones de las áreas correspondientes (Formato ICBF)	15%				
			1.2 Cartilla digital: i. Parte uno: conociendonos al 100% diligenciada, ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada. iii Diligenciamiento de la parte dos: Priorización de Practicas. iv. Diligenciamiento de la movilizacion social: OCTUBRE Ser como niños 2.0					
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF) **Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación, tener en cuenta lo planeado en los microproyectos**	2.1. Planeacion Encuentro en el hogar (1 por cada participante - cargada en en el cuaderno digital en el drive correspondiente - de acuerdo al grupo etareo) - historiza desde la primera atencion	15%				
			2.2 Cronograma de visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 60 y/o ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente.					
			2.3 Cartilla digital Parte uno: i. Conociendonos al 100% diligenciada, ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, iii. Seguimiento al desarrollo, escala de valoración iv. Parte 5 Seguimiento a situaciones de riesgo diligenciada v. Notas complementarias del 8 mes de atención					
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida, tanto en físico como en el drive y con la renombración correspondiente (50)	3.1 Formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF	5%				
			3.2 Formato compromiso entrega de documentos a todos los participantes.					
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo antes del 15 de cada mes sus ingresos y egresos ____ durante el mes de OCTUBRE	4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes	15%				
			4.2 Soportes de egreso (con la aprobación de la coordinación)					
			4.3 Soportes de ingreso (soportes subidos al drive correspondiente: RC del participante, cédula del acudiente, recibo de servicio público de la vivienda, carnet vacunas, crecimiento y desarrollo, vinculadona EPS y compromisos de acuerdo a los documentos pendientes)					
		5.Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.	5.1 Formato de Ram	10%				
			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					
		6 . Entrega del Formato de novedades por Inasistencia, gripa, o falta de algun documento	6.1 Formato de novedades en físico por grupo de atencion (si aplica) y subido al drive	7%				
			6.2 Formato de compromiso de documentos con los seguimientos respectivos en físico y subido al drive correspondiente del grupo de atención					
			6.3 Formatos de novedades y compromisos de entregas documentales firmado por las familias (formato APC)					
		7. Entrega y socializacion de las escalas	7.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que aplique para el mes OCTUBRE__ (documento en físico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante) i. Aplicacion de la segunda toma de la escala para los ingresos de Abril ii. Primera aplicacion ingresos del mes Julio y de meses anteriores, dependiendo la fecha de ingreso y la edad del niño quelos de 6 meses en adelante	15%				
			7.2 Socializacion de la escala ____ (participantes _____)					
		8. Apoyar el diligenciamiento de la caracterizacion de practicas de acuerdo con el F7	8.1 Realizar la caracterización correspondiente y diligenciar el F7 grupal con los participantes activos.	10%				
			8.2 Realizar la caracterización correspondiente y diligenciar el F7 individual con los activos.					
			8.3 Realizar la Priorización y semaforizacion de prácticas del 8 mes de atención para todos los participantes (dependiendo del mes de ingreso se determina la cantidad de la semaforizaciones que tiene un participante)					
		9. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faciliten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS y a los microproyectos.	9.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS acorde al proyecto pedagogico del territorio y tematica del mes.	5%				
			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					
	*	10. Participar y apoyar en las dinamicas relacionadas con la operación.	10.1 Asegurar y mantener el orden y la limpieza, junto con el equipo de trabajo, de las unidades de servicio	3%				
			10.2. Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes					
				TOTAL	100%			

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	MARTHA ELIZABETH PAEZ
C.C.	1032359119

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	
C.C.	

LO BO
EMW

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	975944112	9473952022	I	2024/10/04	2024/10/11	NEQUI	7	$379,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$1,300,000**	**$208,000**			**$1,300,000**	**$162,500**			**$0**	**$0**			**$1,300,000**	**$6,800**		**$0**	**$0**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					**$1,300,000**	**$208,000**			**$1,300,000**	**$162,500**			**$0**	**$0**			**$1,300,000**	**$6,800**		**$0**	**$0**
1	CC 1032359119	PAEZ MARTHA	230201	30	$1,300,000	$208,000	EPS017	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-11	30	$1,300,000	$6,800	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				**$1,300,000**	**$208,000**			**$1,300,000**	**$162,500**			**$0**	**$0**			**$1,300,000**	**$6,800**		**$0**	**$0**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	975944112	9473952022	I	2024/10/04	2024/10/11	NEQUI	7	$379.400

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
PROTECCION	230201	800,229,739	0	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
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$900	$0	$163,400
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$162,500	$900	$0	$163,400
TOTAL				1	$377,300	$2,100	$0	$379,400

2024/10/11 04:04 PM

Resumen de pago

Descripción de compra
Pago de la Planilla de aportes con clave\
9473952022

Estado de la solicitud
Transacción aprobada

Tienda
APORTES EN LINEA

Fecha de solicitud
11 de octubre de 2024

CUS
975944112

¿Cuánto?
$ 379.400,00

Factura de comercio
9473952022

Tu plata salio de:



Disponible

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

CUENTA DE COBRO No. 4

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 OCTUBRE 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,

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.

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	Deicy Daza
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	OCTUBRE

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO POR CARGO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION OCTUBRE	9	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales **Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación y subidos al drive correspondiente del Grupo de Atencion**	1.1 Planeación Grupal, con las cuatro planeaciones de las áreas corespondientes (Formato ICBF)	15%	Octubre	OK		
			1.2 Cartilla digital: i. Parte uno: conociendonos al 100% diligenciada, ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, iii Diligenciamiento de la parte dos: Priorización de Practicas, iv. Diligenciamiento de la movilizacion social: OCTUBRE Ser como niños 2.0			OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF) **Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación, tener en cuenta lo planeado en los microproyectos**	2.1. **Planeacion Encuentro en el hogar** (1 por cada participante - cargada en en el cuaderno digital en el drive correspondiente - de acuerdo al grupo etareo) - historica desde la primera atencion	15%	Octubre	OK		
			2.2 Cronograma de visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/o ____encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente.			OK		
			2.3 Cartila digital Parte uno: i. Conociendonos al 100% diligenciada, ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, iii. Seguimiento al desarrollo, escala de valoración iv. Parte 5 Seguimiento a situaciones de riesgo diligenciada v. Notas complementarias del 8 mes de atención			OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida, tanto en físico como en el drive y con la renombración correspondiente (50)	3.1 Formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF	5%	Octubre	OK		
			3.2 Formato compromiso entrega de documentos a todos los participantes.			OK		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo antes del 15 de cada mes sus ingresos y egresos ____ durante el mes de OCTUBRE	4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes	15%	Octubre	OK		
			4.2 Soportes de egreso (con la aprobación de la coordinación)			OK		
			4.3 Soportes de ingreso (soportes subidos al drive correspondiente: RC del participante, cédula del acudiente, recibo de servicio público de la vivienda, carnet vacunas, crecimiento y desarrollo, vinculacion EPS y compromisos de acuerdo a los documentos pendientes)			OK		
		5 Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios,Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.	5.1 Formato Ram	10%	Octubre	OK		
			5.2 Refrigerios			OK		
			5.3 Formato RPP			OK		
			5.4 Fotografías uno a uno de la entrega de RPP - en power Point			OK		
			5.5 Formato de Bienestarina Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni enmendaduras			OK		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento	6.1 Formato de novedades en fisico por grupo de atencion (si aplica) y subido el drive	7%	Octubre	OK		
			6.2 Formato de compromiso de documentos con los seguimientos respectivos en fisico y subido al drive correspondiente del grupo de atención			OK		
			6.3 Formatos de novedades y compromisos de entregas documentales firmado por las familias (formato APC)			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 OCTUBRE___ (documento en fisico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante) i. Aplicacion de la segunda toma de la escala para los ingresos de Abril ii. Primera aplicacion ingresos del mes julio y de meses anteriores, dependiendo la fecha de ingreso y la edad del niños queles de 6 meses en adelante	15%	Octubre	OK		
			7.2 Socializacion de la escala ____(participantes ____)			OK		
		8. Apoyar el diligenciamiento de la caracterizacion de practicas de acuerdo con el F7	8.1 Realizar la caracterización correspondiente y diligenciar el F7 grupal con los participantes activos.	10%	Octubre	OK		
			8.2 Realizar la caracterización correspondiente y diligenciar el F7 individual con los activos.			OK		
			8.3 Realizar la Priorización y semaforizacion de prácticas del 8 mes de atención para todos los participantes (dependiendo del mes de ingreso se determina la cantidad de la semaforizaciones que tiene un participante)			OK		
		9. Generar espacios y ambientes enriquecidos que falciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS y a los microproyectos.	9.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS acorde al proyecto pedagogico del territorio y tematica del mes.	5%	Octubre	OK		
			9.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica.			OK		
			9.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación			OK		
		10. Participar y apoyar en las dinamicas relacionadas con la operación.	10.1 Asegurar y mantener el orden y la limpieza, junto con el equipo de trabajo, de las unidades de servicio	3%	Octubre	OK		
			10.2. Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes			OK		
				TOTAL	100%			

FIRMA CONTRATISTA	Deicy Daza
NOMBRE:	Deicy Daza
CC.	52943734

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	
CC.	

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	52973254	VEIDY YURANY DAZA SALGADO		CRR 87 D # 6 - 02 SUR	3027676982	yuranyd7@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-10	2024-10	I	15/10/2024	81003793	$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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	830903790-5	6.800				6.800	0	0	6.800			96	6.800	1

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

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

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

PAGADA

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

Banco de Bogotá

Comprobante de compra y pagos virtuales PSE

Pago exitoso

Número de autorización 038202

martes, 15 de octubre de 2024, 8:40:38 AM

Detalle

$377,300.00
Valor Pagado

IVA incluído:	$0.00
Pago a:	COMPENSAR-OI
Débito desde:	Cuenta de ahorros ******8033
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Fecha y hora inicio transacción	2024-10-15 8:38:50
NIT del comercio	9998600669427
Número de factura	81003793
Código Único de Seguimiento	980810938
Dirección IP:	181.57.2.138
Referencia 1:	
Referencia 2:	CC
Referencia 3:	52973254

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

CUENTA DE COBRO No. 9

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 Octubre 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 Roció 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.

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	Ana Camacho Sanchez
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECH	OCTUBRE

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO POR CARGO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION OCTUBRE	9	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales **Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación y subidos al drive correspondiente del Grupo de Atencion**	1.1 Planeación Grupal, con las cuatro planeaciones de las áreas correspondientes (Formato ICBF)	15%	Octubre			
			1.2 **Cartilla digital:** i. **Parte uno:** conociendonos al 100% diligenciada. ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada. iii Diligenciamiento de la parte dos: Priorización de Practicas. iv. Diligenciamiento de la movilizacion social: OCTUBRE Ser como niños 2.0		Octubre	OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF) **Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación, tener en cuenta lo planeado en los microproyectos**	2.1. **Planeacion Encuentro en el hogar** (1 por cada participante - cargada en en el cuaderno digital en el drive correspondiente - de acuerdo al grupo etareo) - historica desde la primera atencion	15%		OK		
			2.2 Cronograma de visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/o ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente.		Octubre	OK		
			2.3 Cartilla digital Parte uno: i. Conociendonos al 100% diligenciada. ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada. iii. Seguimiento al desarrollo, escala de valoración iv. Parte 5 Seguimiento a situaciones de riesgo diligenciada v. Notas complementarias del 8 mes de atención			OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida, tanto en fisico como en el drive y con la renombración correspondiente (50)	3.1 Formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF	5%	Octubre	OK		
			3.2 Formato compromiso entrega de documentos a todos los participantes.			OK		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo antes del 15 de cada mes sus ingresos y egresos ____ durante el mes de OCTUBRE	4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes	15%		OK		
			4.2 Soportes de egreso (con la aprobación de la coordinación)		octubre	OK		
			4.3 Soportes de ingreso (soportes subidos al drive correspondiente: RC del participante, cédula del acudiente, recibo de servicio público de la vivienda, carnet vacunas, crecimiento y desarrollo, vinculacionia EPS y compromisos de acuerdo a los documentos pendientes)		Octubre	OK		
		5.Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios,Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.	5.1 Formato Ram	10%		OK		
			5.2 Refrigerios			OK		
			5.3 Formato RPP			OK		
			5.4 Fotografías uno a uno de la entrega de RPP - en power Point			OK		
			5.5 Formato de Bienestarina Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni enmendaduras		Octubre	OK		
		6.. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento	6.1 Formato de novedades en fisico por grupo de atencion (si aplica) y subido al drive	7%		OK		
			6.2 Formato de compromiso de documentos con los seguimientos respectivos en fisico y subido al drive correspondiente del grupo de atención			OK		
			6.3 Formatos de novedades y compromisos de entregas documentales firmado por las familias (formato APC)			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 OCTUBRE__ (documento en fisico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante) i. Aplicacion de la segunda toma de la escala para los ingresos de Abril ii. Primera aplicacion ingresos del mes julio y de meses anteriores, dependiendo la fecha de ingreso y la edad del niños quelos de 6 meses en adelante	15%	octubre	OK		
			7.2 Socializacion de la escala ____(participantes _____)			OK		
		8. Apoyar el diligenciamiento de la caracterizacion de practicas de acuerdo con el F7	8.1 Realizar la caracterización correspondiente y diligenciar el F7 grupal con los participantes activos.	10%		OK		
			8.2 Realizar la caractarización correspondiente y diligenciar el F7 individual con los activos.			OK		
			8.3 Realizar la Priorización y semaforizacion de prácticas del 8 mes de atención para todos los participantes (dependiendo del mes de ingreso se determina la cantidad de la semaforizaciones que tiene un participante)			OK		
		9. Generar espacios y ambientes enriquecidos que falciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS y a los microproyectos.	9.1 Ambientación de espacios fisicos de la UDS acorde al proyecto pedagogico del territorio y tematica del mes.	5%	octubre	OK		
			9.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intancionalidad pedagógica.			OK		
			9.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación		octubre	OK		
		10. Participar y apoyar en las dinamicas relacionadas con la operación.	10.1 Asegurar y mantener el orden y la limpieza, junto con el equipo de trabajo, de las unidades de servicio	3%		OK		
			10.2. Participar activamente en los grupos de Estudio,programados en el mes			OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Ana Camacho S.
NOMBRE:	Ana Camacho Sanchez
CC.	39664915

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	
CC.	

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 **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 **80387540** para el periodo de salud **2024-09** y pensiones **2024-09** de la siguiente forma.

TIPO	CODIGO	NOMBRE	NIT	COTIZANTE	SUBTIPO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	DIAS	IBC	TARIFA APORTE	FACTOR	VALOR APORTE	PERIODO	NUMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	ESTADO PLANILLA
Pensiones	25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	900336004	59	0															0	30	$1.300.000	0,16000		$208.000	Septiembre - 2024	80387540	04/10/2024	N
Riesgos Laborales	14-11	ARL SURA	890903790	59	0															0	30	$1.300.000	0,00522	1	$6.800	Septiembre - 2024	80387540	04/10/2024	N
Salud	EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	830003564	59	0															0	30	$1.300.000	0,12500		$162.500	Septiembre - 2024	80387540	04/10/2024	N

El presente certificado se expide a los 21 días del mes Octubre de 2024

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

compensar | miplanilla.com

Identificación aportante: 39664915

Fecha liquidación: 04/10/2024 9:43:35

Tipo de planilla:

I - Planilla de Independientes

Número de planilla: 8380387540

Periodo liquidación: Septiembre 2024

Fecha límite de pago (sin mora)	Valor a pagar
04/10/2024*	377300,00

*A partir de esta fecha se generarán intereses de mora

Información de la planilla

ARL SURA

Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	6800
Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	208000
	162500

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

Banco de Bogotá

Banco AV Villas

Banco de Occidente

Diligencie el formato de recaudo indicando:

- Número de cédula
- Periodo de pago
- Consulte su información en miplanilla.com

39664915

(Corresponde al número de identificación)
Periodo Pensión-Salud: Septiembre 2024

Tenga en cuenta que para realizar el pago en ventanilla debe llegar con suficiente anticipación a la hora de cierre de la entidad financiera, ya que el sistema puede demorar varios minutos.

Número de pago en otras entidades
Periodo Pensión - Salud: Septiembre 2024

8380387540

(Corresponde al número de planilla)

Puntos de pago el mismo día de generación de la planilla:

Punto 4-72, Punto Red, Punto de Pago Sodes Compensar (Autopista Sur, Av. Primero de Mayo, Kennedy, Calle 26, Avenida 68, Calle 42 y Bilbao), Banco de Bogotá, Banco de Occidente, Red de Cafams ATH, Almacenes Grupo Éxito.

Puntos de pago el día siguiente al de la generación de la planilla:

Banco AV Villas y Red Cerca.

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

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

Conozca las redes de pago para pago presencial a través de las cuales podrá realizar el pago de su planilla usando el N.U.

Scotiabank

COLPATRIA

Puntored no te cobra por esta transacción Puntored Corresponsal Bancario Scotiabank Colpatria

TRANSACCIÓN EXITOSA

Fecha	04/10/2024
Hora	11:10:43
Terminal	283214
Convenio	PILA PLANILLA ASI STIDA COMPENSAR M I PLANILLA
Cod. Convenio	0344
Referencia	8380387540
Valor	$377,300
Transacción	001011114715
Usuario	NATALIA GUARNIZO BAUTISTA

Linea de atención personalizada en Bogotá:
3487881 Resto del País: 01 8000 960 505

Aqui también puede pagar su tarjeta de credito y creditos de consumo del Banco Scotiabank Colpatria

BANCO SCOTIABANK COLPATRIA VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

CUENTA DE COBRO No. 06

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: 089705800 **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 octubre 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 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
Coordinadora
C.C 52.278.676

Aprobado por:

Ana Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Johanna Mayoral C

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	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	MARYORY JOHANNA MAYORAL CERQUERA
CARGO	PSICOSOCIAL
PERIODO	OCTUBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION OCTUBRE	9	1. Verifica la existencia del registro civil de las niñas y los niños (y del documento de identidad de las mujeres gestantes). En los casos de no contarse, orienta y hace seguimiento de la familia y cuidadores y adelanta acciones ante la autoridad competente, según corresponda	1.1 Carpetas de los participantes - Base de las 7 atenciones unificada por UDS	5%	octubre	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 área seleccionada , por profesional psicosocial)	2.1. Cartas de gestion con radicado y/o evidencia del correo enviado 2.2, Matriz de Gestión interistitucional octubre unificada por las 3 UDS	5%		OK		
		3. Validación criterios de focalizacion junto con el documento de identidad, de los nuevos ingresos,Octubre _____	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 coresponditentes 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%	octubre	OK		
		4. Realizacion procesos de caracterización, de ___ ingresos para Agosto de las Unidades delegadas en el territorio.	4.1 Registro de _____ Nuevos participantes, en el formato (f23.mo12.pp_formato_ficha_de_caractenzacion_para_los_servicios_de_atencion_a_la_primera_infancia_v2).	15%				
		5. Procesos de Formación y cualificación al Talento Humano de acuerdo con el tema del Plan de Formacion al TH Temas: Celebraciónes y juego	5.1 Acta, Registro fotografico y Firmas	10%	oct.	OK		
		6. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias, OCTUBRE (Escala de Valoración)	6.1 Planeación cargada al drive 6.2 Realización de los 9 talleres, de las UAS delegadas 6.3. Registro fotografico.	10%		OK OK 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	5%		OK		
		8.Seguimiento a poblacion migrante y desplazados.	8.1 Base excel poblacion migrante y desplazados, Formatos APC 1 por UDS	5%		OK		
		9.Activacion de rutas según sea el caso	9.1 Formatos de seguimientos,remisiones 9.2 Matriz de seguimiento a casos., Priorizados y remitidos (Formato APC) 9.3 Parte 5 Cuaderno Familiar	5%	octubre	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%		OK		
		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 transito armonico	12.1 Realizar acta con la sensibilicacion y gestion de los casos que requieren orientacion para el trasito armonico 12.2 Base de tránsito armónico 1 por UDS	5%	octubre	OK		
		13. Informe de gestión mensual en el formato F8 contractual y general de acciones	13. Formato de Informe – Enviado por Coordinación Drive 13.1 F8 de acciones i Datos de casos garantia de derechos ii Acciones realizadas de cualificacion iii Dificutades del componente en el mes 13.2 F8 contractual i Aportes a las obligaciones del componente	10%	octubre	OK		
			TOTAL	100%				

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

FIRMA COORDINADORA	Emilce P.
NOMBRE:	Emilce P.
C.C.	52786 46

V°B° EBMV

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 58 a sur # 68 -39 apto 303	3155573028	johannamayoralc0@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2024-09	2024-09	I	15/10/2024	80336957	TOTAL A PAGAR	
					$381.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	162.500	0		0		0	13	1.600	0	164.100	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	208.000	0	0	0	0	13	2.000	0	210.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES														
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	860903790-5	6.800				6.800	13	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	13	0	0	0
ICBF				
0	13	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	164.100
Pensión	1	208.000	210.000
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	381.000

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	52517201	MARYORY JOHANNA MAYORAL CERQUERA		Calle 58 a sur # 68 -39 apto 303	3155573028	johannamayoralc0@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2024-09	2024-09	I	15/10/2024	80336957	$381.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Dependiente	Subtipo	Extranjero	Colombiano en exterior	Exonerado	Ing	Ret	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COTIZACIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	52517201	MAYORAL CERQUERA MARYORY JOHANNA	58	0			N																25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS008	1.300.000	162.500	14-11	1.300.000	1	6.800		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Banco de Bogotá

Comprobante de compra y pagos virtuales PSE

Pago exitoso

Número de autorización 702202

viernes, 11 de octubre de 2024, 6:37:02 PM

Detalle

$381,000.00

Valor Pagado

IVA incluído:	$0.00
Pago a:	COMPENSAR-OI
Débito desde:	Cuenta de ahorros ******5800
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Fecha y hora inicio transacción	2024-10-11 6:35:04
NIT del comercio	9998600669427
Número de factura	80336957
Código Único de Seguimiento	976305820
Dirección IP:	181.50.84.124
Referencia 1:	
Referencia 2:	CC
Referencia 3:	52517201

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

CUENTA DE COBRO No. 9

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

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

NOMBRE: YURI ALEXANDRA GARCIA AVILA
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 Octubre 2024.

CONCEPTO: 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 R
Emilce Rojas Aguilar.
Coordinador
C.C. 52.278.676

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

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

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

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO POR CARGO

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	YURI ALEXANDRA GARCIA AVILA
CARGO	PSICOSOCIAL
PERIODO	OCTUBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION OCTUBRE	9	1. Verifica la existencia del registro civil de las niñas y los niños (y del documento de identidad de las mujeres gestantes). En los casos de no contarse, orienta y hace seguimiento de la familia y cuidadores y adelanta acciones ante la autoridad competente, según corresponda	1.1 Carpetas de los participantes - Base de las 7 atenciones unificada por UDS	5%		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 área seleccionada , por profesional psicosocial)	2.1. Cartas de gestion con radicado y/o evidencia del correo enviado 2.2. Matriz de Gestión interistitucional octubre unificada por las 3 UDS	5%		OK		
		3. Validación criterios de focalizacion junto con el documento de identidad, de los nuevos ingresos,Octubre _____	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 coresponditentes 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		
		4. Realizacion procesos de caracterización, de ___ ingresos para Agosto de las Unidades delegadas en el territorio.	4.1 Registro de _____ Nuevos participantes, en el formato (f23.mo12.pp_formato_ficha_de_caracterizacion_para_los_servicios_de_atencion a la primera infancia v2).	15%				
		5. Procesos de Formación y cualificación al Talento Humano de acuerdo con el tema del Plan de Formacion al TH Temas: Celebraciónes y juego	5.1 Acta, Registro fotografico y Firmas	10%		OK		
		6. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias, OCTUBRE (Escala de Valoración)	6.1 Planeación cargada al drive 6,2 Realización de los 9 talleres, de las UAS delegadas 6.3. Registro fotografico.	10%		OK 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 buzón de sugerencias 1 por UDS 7.2 Evidencias fotograficas. 7.3 Acta Reunión Control Social programáda/ejecutada RPP y cumplimiento del plan de	5%		OK		
		8.Seguimiento a poblacion migrante y desplazados.	8.1 Base excel poblacion migrante y desplazados, Formatos APC 1 por UDS	5%		OK		
		9.Activacion de rutas según sea el caso	9.1 Formatos de seguimientos,remisiones. 9.2 Matriz de seguimiento a casos., Priorizados y remitidos (Formato APC) 9.3 Parte 5 Cuaderno Familiar	5%		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%		OK		
		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 transito armonico	12.1 Realizar acta con la sensibilicacion y gestion de los casos que requieren orientacion para el trasito armonico 12.2 Base de tránsito armónico 1 por UDS	5%		OK		
		13. Informe de gestión mensual en el formato F8 contractual y general de acciones	13. Formato de Informe – Enviado por Coordinación Drive 13.1 F8 de acciones i Datos de casos garantia de derechos ii Acciones realizadas de cualificacion iii Dificutades del componente en el mes 13.2 F8 contractual i Aportes a las obligaciones del componente	10%		OK		
			TOTAL	100%				

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

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	EMILCE ROJAS AGUILAR
C.C.	52.2788.76

V°B°

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1032378513		GARCIA AVILA YURI ALEXANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 70B # 05B 06	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1234567	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	04915366	9473833196	I	2024/10/03	2024/10/01	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	Días	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	1032378513 GARCIA YURI	25-14	30	$1,340,000	$214,400	EPS017	30	$1,340,000	$167,500		0	$0	$0	14-11	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**

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1032378513		GARCIA AVILA YURI ALEXANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 70B # 05B 06	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1234567	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	04915366	9473833196	I	2024/10/03	2024/10/01	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 EXITOSA

Fecha	01/10/2024
Hora	12:34:24
Terminal	384488
Convenio	PILA PLANILLA ASISTIDA APORTES EN LINEA
Cod. Convenio	1506
Comercio	542362
No. aprob Banco	915366
Referencia	9473833196
No. aprob Puntored	001008529707
Valor	$395,900

Powered by CamS

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

CUENTA DE COBRO No. 9

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 octubre 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 R
Emilce Rojas Aguilar.
Coordinador
C.C. 52.278.676

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

Atentamente,
Andrea Co
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

CONTRATO	CMF-SECUNDARIO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	AZEB A CONTRATISTA MAIN
CARGO	NUTRICIONISTA
PERIODO y FECHA	OCTUBRE

TAM	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISIÓN	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCIÓN OCTUBRE	9	1. Planeur, desarrollar e implementar formaciones de familias como se establece en Cronograma de Capacitación, de acuerdo con la propuesta de cada Nutricionista por territorio. Octubre 1.1. Estrategia IEC: Nutrientes criticos y Suplementación en Primera infancia (resolución 3280) 1.2. Promocion de la lactancia materna: ¿Como afecta el Bajo peso y Exceso de peso en la gestación y la lactancia?	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, promocia en la unidad 1.4. Registro fotografico.	15%	octubre	OK		
		2. Qualificación al Talento Humano, según Cronograma de estrategia IEC Temas de Octubre 2.1. Estrategia IEC: Nutrientes criticos y Suplementacion en Primera infancia (resolución 3280) 2.2. Promocion de la lactancia materna: ¿Como afecta el Bajo peso y Exceso de peso en la gestación y la lactancia? 2.3 Aplicacion de Taller de Verificación y Chequeo de la aplicación del Plan de Saneamiento Basico.	2.1 Planeación cargada al drive 2.2 Acta de proceso con listados de asistencias en físico y digital. 2.3 Registro Fotografico	10%	octubre	OK		
		3. Tamizaje a participantes nuevos en el mes son____	3.1. Formato F11 y 16 tamizaje ingresos nuevos Octubre	10%	octubre	OK		
		4. Cargar a la plataforma Cuentame los datos correspondientes a las tomas iniciales, de los _____ ingresos del mes.	4. Descargue del excel , generado en aplicative CUENTAME, donde se encuentren filtrados los participantes ingresados maximo 8 dias despues del ingreso. 4.1 Actualizacion formato F11 4.2 Actualizacion formato F16	5%	octubre	OK		
		5. Seguimiento Nutricional a Casos (Casos Evento 113, Casos de Desnutrición reporte cuentame y Casos de Riesgo de desnutrición aguda reporte cuentame)	Casos Desnutrición: 5.1. Correo electrónico EAPB 5.2. PQR a la EAPB 5.3. Remisión a la familia (Formato APC) 5.4. Seguimiento Nutricional (Formato APC) Casos Riesgos de Desnutrición Aguda Zscore -1 8 (priorización para encuentro en el hogar) 5.5. Matriz de seguimiento a casos 5.6. Seguimiento cartilla encuentros en el hogar (Parte 5) Evento 113: De acuerdo a las solicitudes del CZ los casos que desde la secretaria de salud sean identificados y notificados como desnutricion aguda, deberan contar con seguimiento y acercamiento a las familias para la validación de servicios recibidos por la EAPB, tales como: 5.7. Entrega de FTLC; 5.8. Consulta de CYD; nutrición, pediatria, examentes complementarios. 5.9. La información recibida debera registrarse en formato de acta APC anexando los soportes que la familia entregue.	20%	Octubre	OK		
		6. Acompañar y apoyar la entrega de RPP. Refrigenos y Benesterina .	6.Formatos: 6.1. Formato de Verificación de calidad y cantidad de productos RPP 6.2. Acta de verificacion de la RPP con el comite de control social en compañia de la Psicosocial 6.3. Presencia en el espacio	5%	octubre	OK		
		7. Acompañar, verificar y apoyar PSB y BPM.	7.Formatos: 7.1. Formatos de limpieza y desinfeccion 7.2 Actualizacion de PSB 7.3 Actualizacion de BPM	5%	octubre	OK		
		8. Verificacion y seguimiento equipos Metrologia	8.1 Realizar la actualizacion de las hojas de vida de los equipos de metrologia y sus verificaciones intermedias y segun aplique	5%	octubre	OK		
		9. Seguimiento BOTIQUIN	9.1 Realizar verificacion de los insumos del Botiquin	5%	octubre	OK		
		10. Informe de gestión mensual en el formato F8 contractual y general de acciones	10. Formato de informe – Enviado por Coordinación Drive 10.1 F8 de acciones i Datos de casos con malnutricion ii Acciones realizadas de cualificacion iii Dificultades del componente en el mes 10.2 F8 contractual i Aportes a las obligaciones del componente	10%	octubre	OK		
				TOTAL 100%				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	Andrea Cortes M
C.C.	53077091

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Emilce Rojas
C.C.	52786490

V°B° Supervisor

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	53077091	JOHANNA ANDREA CONTRERAS MARIN	calle 2 No 92 D-30 Torre 39 Apto101	4711217	andreco85@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTA, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-09	2024-09	I	15/10/2024	80454605	$737.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	292.200	0		0		0	0	0	0	292.200	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	374.000	0	0	0	0	0	0		374.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	57.000				57.000	0	0	57.000			570	57.000	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	14.100	0	0	14.100	1

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

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	292.200	292.200
Pensión	1	374.000	374.000
Riesgos Laborales	1	57.000	57.000
CCF	1	14.100	14.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	737.300	737.300

PAGADA

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

Gmail

Andrea Contreras <andreco85@gmail.com>

PSE Transacción Aprobada - CUS 980013783

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co> 14 de octubre de 2024, 16:29
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: 980013783
Empresa: COMPENSAR-OI
Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Valor de la Transacción: $ 737.300
Fecha de Transacción: 14/10/2024

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: OCTUBRE** **Día: 30** **Año: 2024**

CUENTA DE COBRO No. 9

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 OCTUBRE 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 Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

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

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO POR CARGO

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	SINDY PAOLA PLATA NIETO
CARGO	NUTRICIONISTA
PERIODO y FECHA	OCTUBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISIÓN	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCIÓN OCTUBRE	9	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias como se establece en Cronograma de Capacitación, de acuerdo con la propuesta de cada Nutricionista por territorio. Octubre 1.1. Estrategia IEC: Nutrientes críticos y Suplementación en Primera infancia (resolución 3280) 1.2. Promocion de la lactancia materna: ¿Como afecta el Bajo peso y Exceso de peso en la gestación y la lactancia?	1.1 Planeación cargada al drive 1.2 Realización de los talleres, de las UAS delegadas 1.3 Acta de proceso con listados de asistencias en físico y digital, promocio en la unidad 1.4. Registro fotografico	15%	octubre	OK		
		2. Cualificación al Talento Humano, según Cronograma de estrategia IEC Temas de Octubre 2.1. Estrategia IEC: Nutrientes criticos y Suplementación en Primera infancia (resolución 3280) 2.2. Promocion de la lactancia materna: ¿Como afecta el Bajo peso y Exceso de peso en la gestación y la lactancia? 2.3 Aplicación de Taller de Verificación y Chequeo de la aplicación del Plan de Saneamiento Basico	2.1 Planeación cargada al drive 2.2 Acta de proceso con listados de asistencias en físico y digital 2.3 Registro Fotografico	10%		OK		
		3. Tamizaje a participantes nuevos en el mes: son	3.1. Formato F11 y 16 tamizaje ingresos nuevos Octubre	20%		OK		
		4. Cargar a la plataforma Cuéntame los datos correspondientes a las tomas iniciales, de los _____ ingresos del mes	4. Descargue del excel , generado en aplicativo CUENTAME, donde se encuentren filtrados los participantes ingresados maximo 8 dias despues del ingreso 4.1 Actualización formato F11 4.2 Actualizacion formato F16	5%	octubre	OK OK		
		5. Seguimiento Nutricional a Casos (Casos Evento 113, Casos de Desnutrición reporte cuentame y Casos de Riesgo de desnutrición aguda reporte cuentame)	Casos Desnutrición: 5.1. Correo electrónico EAPB 5.2. PQR a la EAPB 5.3. Remisión a la familia (Formato APC) 5.4. Seguimiento Nutricional (Formato APC) Casos Riesgos de Desnutrición Aguda Zscore -1.8 (priorización para encuentro en el hogar) 5.5. Matriz de seguimiento a casos 5.6. Seguimiento cartilla encuentros en el hogar (Parte 5) Evento 113. De acuerdo a las solicitudes del CZ los casos que desde la secretaria de salud sean identificados y notificados como desnutrición aguda, deberan contar con seguimiento y acercamiento a las familias para la validación de servicios recibidos por la EAPB, tales como: 5.7. Entrega de FTLC; 5.8. Consulta de CYD; nutrición, pediatria, examentes complementarios. 5.9. La información recibida debera registrarse en formato de acta APC anexando los soportes que la familia entregue	20%	octubre	OK		
		6. Acompañar y apoyar la entrega de RFPP, Refrigerios y Bienestarina	6 Formatos: 6.1. Formato de Verificación de calidad y cantidad de productos RPP 6.2. Acta de verificacion de la RPP con el comité de control social en compañía de la Psicosocial 6.3. Presencia en el espacio	5%		OK		
		7. Acompañar, verificar y apoyar PSB y BPM.	7 Formatos: 7.1. Formatos de limpieza y desinfeccion 7.2 Actualizacion de PSB 7.3 Actualizacion de BPM	5%	octubre	OK		
		8. Verificacion y seguimiento equipos Metrologia	8.1 Realizar la actualizacion de las hojas de vida de los equipos de metrologia y sus verificaciones intermedias y segun aplique	5%		OK		
		9. Seguimiento BOTIQUIN	9.1 Realizar verificacion de los insumos del Botiquin	5%		OK		
		10. Informe de gestión mensual en el formato F8 contractual y general de acciones	10. Formato de Informe – Enviado por Coordinación Drive 10.1 F8 de acciones i Datos de casos con malnutricion ii Acciones realizadas de cualificacion iii Dificultades del componente en el mes 10.2 F8 contractual i Aportes a las obligaciones del componente	10%	octubre	OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	SINDY PAOLA PLATA NIETO
C.C.	52762693

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	EMILCE RIOS
C.C.	52786916

V°B° EMV

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10	983177861	9475125315	I	2024/11/25	2024/10/16	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	52762693	PLATA NIETO SINDY PAOLA	25-14	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-11	30	$1,300,000	$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

2024/10/15 06:58 PM

aportes en línea

Pagos aportes en línea

Módulo de pagos electrónicos

Pago electrónico

El pago electrónico de su autoliquidación se ha realizado exitosamente

Resumen del pago electrónico

Dirección IP:	181.53.96.113
Estado de la transacción:	APROBADA
Clave planilla:	9475125315
Valor:	384,100
Periodo de pago:	2024-10
No Transacción (CUS):	983177861
Fecha:	2024/10/15
Banco:	BANCOLOMBIA
Aportes en línea:	9999001472382

Aceptar

Imprimir

Copyright © 2024 Aportes en Línea. Todos los derechos reservados.

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

CUENTA DE COBRO No. 9

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 Octubre 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.

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

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	Angie Tatiana Muñoz Cordenas
CARGO	APOYO PEDAGOGICO UDS
PERIODO y FECHA	OCTUBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	APOYO PEDAGOGICO : FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION OCTUBRE	9	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales **Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación y subidos al drive correspondiente del Grupo de Atencion**	1.1 Planeación Grupal, con las cuatro planeaciones de las áreas correspondientes (Formato ICBF)	30%	octubre	OK		
			1.2 **Cartilla digital:** i. Parte uno: conociendonos al 100% diligenciada, ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, iii Diligenciamiento de la parte dos: Priorización de Practicas, iv. Diligenciamiento de la movilizacion social. OCTUBRE Ser como niños 2.0			OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF) **Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación, tener en cuenta lo planeado en los microproyectos**	2.1. **Planeacion Encuentro en el hogar** (1 por cada participante - cargada en en el cuaderno digital en el drive correspondiente - de acuerdo al grupo etareo) - historica desde la primera atencion	15%	octubre	OK		
			2.2 Cronograma de visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/o_____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente.			OK		
			2.3 Cartilla digital Parte uno: i. Conociendonos al 100% diligenciada, ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, iii. Seguimiento al desarrollo, escala de valoración iv. Parte 5 Seguimiento a situaciones de riesgo diligenciada v. Notas complementarias del 8 mes de atención			OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en físico como en drive (50)	Actualización de los nuevos participantes 3.1 Seguimiento mediante la **lleta de chequeo formato version 2** de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante	10%	octubre	OK		
			3.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA			OK		
			3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA			OK		
			3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas)			OK		
			3.5 Formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF			OK		
			3.6 Formato compromiso entrega de documentos a todos los participantes.			OK		
		4. Entrega y socializacion de las escalas	4.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que aplique para el mes OCTUBRE__ (documento en físico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante) i. Aplicacion de la segunda toma de la escala para los ingresos de Abril ii. Primera aplicación ingresos del mes julio y de meses anteriores, dependiendo la fecha de ingreso y la edad del niños quelos de 6 meses en adelante	5%	octubre	OK		
			4.2 **Socializacion** de la escala ____ Aplicada el mes pasado, es decir ingresos septiembre)			OK		
		5. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento	5.1 Apoyar en el seguimiento de novedades de inasistencia, casos de estados de salud, puerperios, hechos de violencias y demás que se presenten en los encuentros por grupo de atencion	10%	octubre	OK		
		6. Formato de ficha de caracterización de practicas y acciones f7	6.1 Apoyar en los Archivos de excel de practicas (1 x UA) participantes nuevos 1 unificado por los 50 participantes.	7%	octubre	OK		
			6.2 Apoyar la priorización de prácticas del 8 mes de atención		octubre	OK		
		7. Generar espacios y ambientes enriquecidos que falciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	7.1 Ambietación de espacios físicos de la UDS que se sean asignados.	20%	octubre	OK		
			7.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica			OK		
			7.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación.-			OK		
			7.4 Asegurar y mantener el orden y la limpieza.			OK		
		8. Participar y apoyar en las dinamicas relacionadas con la operación.	8.1 Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes	3%	octubre	OK		
		TOTAL		100%	octubre	OK		

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	Angie Tatiana Muñoz Cordenas
C.C.	1.020.756.376

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Emilse
C.C.	522186?0

VBO

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1020786376	ANGIE TATIANA MUÑOZ CARDENAS		carrera 1 bis este # 162a 42	6017003746	angy.t@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-09	2024-09	I	15/10/2024	80803479	$377.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	6.800				6.800	0	0	6.800			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 IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	6.800	6.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	377.300	377.300

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1020786376	ANGIE TATIANA MUÑOZ CARDENAS	carrera 1 bis este # 162a 42	6017003746	angy.t@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ, D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-09	2024-09	I	15/10/2024	80803479	$377.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Suspen	Extranjero	Cotiz. exterior	Pensionado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VET	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1020786376	MUÑOZ CARDENAS ANGIE TATIANA	59	0			N																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS008	1.300.000	162.500	14-11	1.300.000	1	6.600		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

8:38 LTE 85

Resumen de pago

Descripción de compra
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Estado de la solicitud
Transacción aprobada

Tienda
COMPENSAR-OI

Fecha de solicitud
Tue Oct 15 00:00:00 COT 2024

CUS
980806039

¿Cuánto?
$ 377.300,00

Factura de comercio
80803479

Tu plata salió de:

Disponible

Listo

Imprimir

paga.nequi.com.co

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

CUENTA DE COBRO No. 09

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 Octubre 2024

CONCEPTO: Auxiliar 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 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.

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

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	Claudia Patricia Beltrago
CARGO	APOYO PEDAGOGICO UDS
PERIODO y FECHA	OCTUBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	APOYO PEDAGOGICO: FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION OCTUBRE	9	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales **Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación y subidos al drive correspondiente del Grupo de Atencion**	1.1 Planeación Grupal, con las cuatro planeaciones de las áreas corespondientes (Formato ICBF)	30%	octubre	ok		
			1.2 **Cartilla digital**: i. Parte uno: conociendonos al 100% diligenciada, ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, iii Diligenciamiento de la parte dos: Priorización de Practicas, iv. Diligenciamiento de la movilizacion social: OCTUBRE Ser como niños 2.0			ok		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF) **Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación, tener en cuenta lo planeado en los microproyectos**	2.1. **Planeacion Encuentro en el hogar** (1 por cada participante - cargada en en el cuaderno digital en el drive correspondiente - de acuerdo al grupo etareo) - historica desde la primera atencion	15%	octubre	ok		
			2.2 Cronograma de visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/o ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente.			ok		
			2.3 Cartilla digital Parte uno: **i.** Conociendonos **al 100%** diligenciada, ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, iii. Seguimiento al desarrollo, escala de valoración iv. Parte 5 Seguimiento a situaciones de riesgo diligenciada v. Notas complementarias del 8 mes de atención			ok		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en fisico como en drive (50)	Actualización de los nuevos participantes 3.1 Seguimiento mediante la **lista de chequeo formato version 2** de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante	10%	octubre	ok		
			3.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA			ok		
			3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA			ok		
			3.4 Archivo Fisico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas)			ok		
			3.5 Formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF			ok		
			3.6 Formato compromiso entrega de documentos a todos los participantes.			ok		
		4. Entrega y socializacion de las escalas	4.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que aplique para el mes OCTUBRE__ (documento en fisico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante) i. Aplicacion de la segunda toma de la escala para los ingresos de Abril ii. Primera aplicacion ingresos del mes julio y de meses anteriores, dependiendo la fecha de ingreso y la edad del niños quelos de 6 meses en adelante	5%	octubre	ok		
			4.2 Socializacion de la escala ____ Aplicada el mes pasado, es decir ingresos septiembre)			ok		
		5. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento	5.1 Apoyar en el seguimiento de novedades de inasistencia, casos de estados de salud, puerperios, hechos de violencias y demás que se presenten en los encuentros por grupo de atencion	10%	octubre	ok		
		6. Formato de ficha de caracterización de practicas y acciones f7	6.1 Apoyar en los Archivos de excel de practicas (1 x UA) participantes nuevos 1 unificado por los 50 participantes.	7%	oct.	ok		
			6.2 Apoyar la priorización de prácticas del 8 mes de atención			ok		
		7. Generar espacios y ambientes enriquecidos que falciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	7.1 Ambietación de espacios fisicos de la UDS que se sean asigandos.	20%	octubre	ok		
			7.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica			ok		
			7.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación.-			ok		
			7.4 Asegurar y mantener el orden y la limpieza.			ok		
		8. Participar y apoyar en las dinamicas relacionadas con la operación.	8.1.Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes	3%	oct	ok		
		TOTAL		100%		ok		

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

FIRMA COORDINADORA	Emile
NOMBRE:	Emile Rios
C.C.	52.216.610

V°B° Emile

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	1000001217	9474347460	I	2024/10/17	2024/10/15	BANCO DE BOGOTA	0	$377,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$1,300,000**	**$208,000**			**$1,300,000**	**$162,500**			**$0**	**$0**			**$1,300,000**	**$6,800**		**$0**	**$0**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					**$1,300,000**	**$208,000**			**$1,300,000**	**$162,500**			**$0**	**$0**			**$1,300,000**	**$6,800**		**$0**	**$0**
1	CC 53093373	BUITRAGO CLAUDIA	231001	30	$1,300,000	$208,000	EPS005	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-11	30	$1,300,000	$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**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

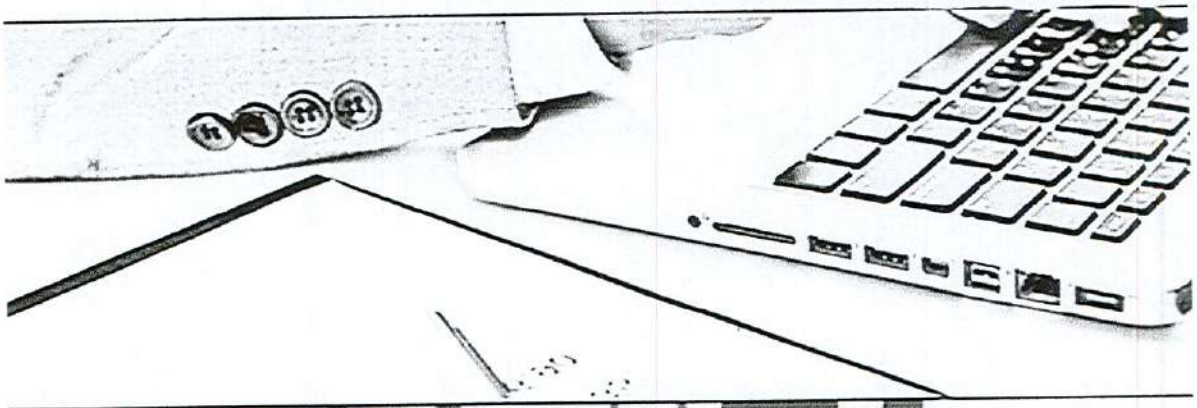
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	1000001217	9474347460	I	2024/10/17	2024/10/15	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
COLFONDOS	231001	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

2024/10/15 11:13 AM



A continuación encontrará el detalle del

PAGO DE OBLIGACIÓN FINANCIERA

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

- Número de Autorización: 001338
- Fecha y Hora: 2024-10-15 10:35:36
- Cuenta Origen de Fondos: Cuenta de Ahorros No. 1343
- Banco: Banco de Bogotá
- Nombre de obligación: Planilla As Aportes En Linea
- Número de Obligación: 9474347460
- Monto: $ 377.300,00
- Resultado: Exitoso
- Costo de la transacción (Sin IVA): $ 0,00
- Canal: Banca Movil - Smartphones
- IP de Origen: 191.156.149.24

Powered by CamScanner

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

CUENTA DE COBRO No. 9

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 Octubre2024.

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 Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Karenth Junco

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

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

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

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	Kaleth Jeanneth Jonco
CARGO	APOYO PEDAGOGICO UDS
PERIODO y FECHA	OCTUBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	APOYO PEDAGOGICO : FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION OCTUBRE	9	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales **Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación y subidos al drive correspondiente del Grupo de Atencion**	1.1 Planeación Grupal, con las cuatro planeaciones de los áreas correspondientes (Formato ICBF)	30%	Octubre	OK		
			1.2 **Cartilla digital:** i. Parte uno: conociendonos al 100% diligenciada, ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, iii Diligenciamiento de la parte dos: Priorización de Practicas, iv. Diligenciamiento de la movilizacion social: OCTUBRE Ser como niños 2.0			OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF) **Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación, tener en cuenta lo planeado en los microproyectos**	2.1. **Planeacion Encuentro en el hogar** (1 por cada participante - cargada en en el cuaderno digital en el drive correspondiente - de acuerdo al grupo etareo) - historica desde la primera atencion	15%	octubre	OK		
			2.2 Cronograma de visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/o ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente.			OK		
			2.3 Cartilla digital Parte uno: i. Conociendonos al 100% diligenciada, ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, iii. Seguimiento al desarrollo, escala de valoración iv. Parte 5 Seguimiento a situaciones de riesgo diligenciada v. Notas complementarias del 8 mes de atención			OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en fisico como en drive (50)	Actualización de los nuevos participantes 3.1 Seguimiento mediante la **lista de chequeo formato version 2** de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante	10%	octubre	OK		
			3.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA			OK		
			3.3 Digitalizacion del total uno de los documentos de los participantes del GA			OK		
			3.4 Archivo Fisico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas)			OK		
			3.5 Formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF			OK		
			3.6 Formato compromiso entrega de documentos a todos los participantes.			OK		
		4. Entrega y socializacion de las escalas	4.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que aplique para el mes OCTUBRE__ (documento en fisico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante) i. Aplicacion de la segunda toma de la escala para los ingresos de Abril ii. Primera aplicacion ingresos del mes julio y de meses anteriores, dependiendo la fecha de ingreso y la edad del niños quelos de 6 meses en adelante	5%	octubre	OK		
			4.2 Socializacion de la escala ____ Aplicada el mes pasado, es decir ingresos septiembre)			OK		
		5. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento	5.1 Apoyar en el seguimiento de novedades de inasistencia, casos de estados de salud, puerperios, hechos de violencias y demás que se presenten en los encuentros por grupo de atencion	10%	octubre	OK		
		6. Formato de ficha de caracterización de practicas y acciones f7	6.1 Apoyar en los Archivos de excel de practicas (1 x UA) participantes nuevos 1 unificado por los 50 participantes.	7%	octubre	OK		
			6.2 Apoyar la priorización de prácticas del 8 mes de atención			OK		
		7. Generar espacios y ambientes enriquecidos que falciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	7.1 Ambietación de espacios fisicos de la UDS que se sean asigandos.	20%	octubre	OK		
			7.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica.			OK		
			7.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación.-			OK		
			7.4 Asegurar y mantener el orden y la limpieza.			OK		
		8. Participar y apoyar en las dinamicas relacionadas con la operación.	8.1.Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes	3%	octubre	OK		
		TOTAL		100%				

FIRMA CONTRATISTA	Kaleth Jonco
NOMBRE:	Kaleth Jeanneth Jonco
C.C.	52937773

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Emilce
C.C.	52388

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: 80362068

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	KARENTH JEANNETH JUNCO
Tipo y número de identificación	CC52932713
Número de planilla	80362068
Fecha pago	2024-10-15
Número de autorización pago	1812386
Banco	1083

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	septiembre de 2024
Periodo de Cotización Pensión	septiembre 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)	209600	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	6800	0

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

Powered by CamScanner

COMPENSAR
NIT 860066942-7
RECAUDO MIPLANILLA

FECHA Y HORA TRANSACCIÓN: 2024/10/15 - 7:32 a. m.
DOCUMENTO: CC 52932713
NOMBRE USUARIO:
KARENTH JEANNETH JUNCO
MODULO: KENMAQ04
ID PAGO:41441834

NO PLANILLA: 8380362068
PERIODO DE PAGO: septiembre
VALOR PAGADO: $ 380600

TOTAL: $ 380600
EFECTIVO: $ 400000
CAMBIO: $ 19400

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

CUENTA DE COBRO No. 9

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 Octubre 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,

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.

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

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	Materia Gómez Suarez
CARGO	APOYO PEDAGOGICO UDS
PERIODO y FECHA	OCTUBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	APOYO PEDAGOGICO : FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION OCTUBRE	9	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales **Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación y subidos al drive correspondiente del Grupo de Atencion**	1.1 Planeación Grupal, con las cuatro planeaciones de las áreas correspondientes (Formato ICBF)	30%	octubre	OK		
			1.2 Cartilla digital: i. Parte uno: conociendonos al 100% diligenciada, ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, iii Diligenciamiento de la parte dos: Priorización de Practicas, iv. Diligenciamiento de la movilizacion social: OCTUBRE Ser como niños 2.0			OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF) **Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación, tener en cuenta lo planeado en los microproyectos**	2.1. Planeacion Encuentro en el hogar (1 por cada participante - cargada en en el cuaderno digital en el drive correspondiente - de acuerdo al grupo etareo) - historica desde la primera atencion	15%	octubre	OK		
			2.2 Cronograma de visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/o ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente.			OK		
			2.3 Cartilla digital Parte uno: i. Conociendonos al 100% diligenciada, ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, iii. Seguimiento al desarrollo, escala de valoración iv. Parte 5 Seguimiento a situaciones de riesgo diligenciada v. Notas complementarias del 8 mes de atención			OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en físico como en drive (50)	Actualización de los nuevos participantes 3.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo formato version 2 de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante	10%	octubre	OK		
			3.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA			OK		
			3.3 Digitalización del cargue único de los documentos de los participantes en el drive			OK		
			3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas)			OK		
			3.5 Formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF			OK		
			3.6 Formato compromiso entrega de documentos a todos los participantes.			OK		
		4. Entrega y socializacion de las escalas	4.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que aplique para el mes OCTUBRE__ (documento en fisico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante) i. Aplicacion de la segunda toma de la escala para los ingresos de Abril ii. Primera aplicacion ingresos del mes julio y de meses anteriores, dependiendo la fecha de ingreso y la edad del niños quolos de 6 meses en adelante	5%	octubre	OK		
			4.2 Socializacion de la escala ____ Aplicada el mes pasado, es decir ingresos septembre)			OK		
		5. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento	5.1 Apoyar en el seguimiento de novedades de inasistencia, casos de estados de salud, puerperios, hechos de violencias y demás que se presenten en los encuentros por grupo de atencion	10%	octubre	OK		
		6. Formato de ficha de caracterización de practicas y ecciones f7	6.1 Apoyar en los Archivos de excel de practicas (1 x UA) participantes nuevos 1 unificado por los 50 participantes.	7%	octubre	OK		
			6.2 Apoyar la priorización de prácticas del 8 mes de atención			OK		
		7. Generar espacios y ambientes enriquecidos que falciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	7.1 Ambietación de espacios físicos de la UDS que se sean asignados.	20%	oct.	OK		
			7.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica			OK		
			7.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación.-			OK		
			7.4 Asegurar y mantener el orden y la limpieza.			OK		
		8. Participar y apoyar en las dinamicas relacionadas con la operación.	8.1 Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes	3%	oct.	OK		
		TOTAL		100%				

FIRMA CONTRATISTA	Materia Gómez Suarez
NOMBRE:	Materia Gómez Suarez
C.C.	1030.555.808

FIRMA COORDINADORA	Emile
NOMBRE:	Emile
C.C.	52290890

Vobo

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

e certifica que **MAYERLY ANDREA GOMEZ SUAREZ**, identificada con **CC** número **1030555808**, aportó por **MAYERLY NDREA GOMEZ SUAREZ**, identificado(a) con **CC** número **1030555808** por concepto de aportes obligatorios al sistema eneral de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **I** número **80370132** para el periodo de salud **2024-09** y pensiones **2024 9** de la siguiente forma.

TIPO	CODIGO	NOMBRE	NIT	COTIZANTE	SUBTIPO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECCIÓN DIAS	IBC	TARIFA APORTE	CLASE RIESGO	COTIZACION Y/O APORTE	PERIODO	NUMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERACIÓN
esgos borales	14-11	ARL SURA	890903790	57	0															0		30	$1.300.000	0.00522	1	$6.800	Septiembre - 2024	80370132	15/10/2024	N
alud	EPS008	Compensar EPS	860066942	57	0															0		30	$1.300.000	0.12500		$162.500	Septiembre - 2024	80370132	15/10/2024	N
siones	230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739	57	0															0		30	$1.300.000	0.16000		$208.000	Septiembre - 2024	80370132	15/10/2024	N

El presente certificado se expide a los 16 dias del mes Octubre de 2024

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

TRANSACCIÓN EXITOSA

Fecha	11/10/2024
Hora	15:00:14
Terminal	313187
Convenio	PILA PLANILLA ASI STIDA COMPENSAR M I PLANILLA
Cod. Convenio	0344
Referencia	8380370132
Valor	$379,600
Transacción	001016612320
Usuario	GINNETH ANDREA SA LAZAR CASTIBLANCO

Línea de atención personalizada en Bogotá:
3487881 Resto del País: 01 8000 960 505

Aquí también puede pagar su tarjeta de
credito y creditos de consumo del Banco
Scotiabank Colpatria

BANCO SCOTIABANK COLPATRIA VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Powered by CamScanner

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

CUENTA DE COBRO No. 09

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2024-DIMFPERIODISTAS-CON014

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 Octubre 2024

CONCEPTO: Apoyo pedagógico 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: ($2.211.631) 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 Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,
Nohora Rosalba Rojas

NOMBRE: Nohora Rosalba Rojas Medina
C.C. 51.814.455
DR. Carrera 81g#14b-18
Tel. 3204878184
Correo. nohorarosalbarojasmedina@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	UNIDE GESTANDO FUTURO SEMILLERO
NOMBRE	NOHORA ROJAS
CARGO	APOYO PEDAGOGICO UDS
PERIODO y FECHA	1 OCTUBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	APOYO PEDAGOGICO: FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION OCTUBRE	5	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)	30%		OK		
			1.2 Cartilla digital: i. Parte uno: conociendonos al 100% diligenciada, ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, iii Diligenciamiento de la parte dos: Priorización de Practicas. iv. Diligenciamiento de la movilizacion social: OCTUBRE Ser como niños 2.0			OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF) Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación, tener en cuenta lo planeado en los microproyectos	2.1. Planeacion Encuentro en el hogar (1 por cada participante - cargada en en el cuaderno digital en el drive correspondiente - de acuerdo al grupo etareo) - historica desde la primera atencion	15%		OK		
			2.2 Cronograma de visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/o ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente.			OK		
			2.3 Cartilla digital Parte uno: i. Conociendonos al 100% diligenciada, ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, iii. Seguimiento al desarrollo, escala de valoración iv. Parte 5 Seguimiento a situaciones de riesgo diligenciada v. Notas complementarias del 6 mes de atención			OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en físico como en drive (50)	Actualización de los nuevos participantes 3.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo formato version 2 de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante	10%		OK		
			3.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA			OK		
			3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA _			OK		
			3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas)			OK		
			3.5 Formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF			OK		
			3.6 Formato compromiso entrega de documentos a todos los participantes.			OK		
		4. Entrega y socializacion de las escalas	4.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que aplique para el mes OCTUBRE__ (documento en físico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante) i. Aplicacion de la segunda toma de la escala para los ingresos de Abril ii. Primera aplicacion ingresos del mes julio y de meses anteriores, dependiendo la fecha de ingreso y la edad del niños quelos de 6	5%		OK		
			4.2 Socializacion de la escala ____ Aplicada el mes pasado, es decir ingresos septiembre)			OK		
		5. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento	5.1 Apoyar en el seguimiento de novedades de inasistencia, casos de estados de salud, puerperios, hechos de violencias y demás que se presenten en los encuentros por grupo de atencion	10%		OK		
		6. Formato de ficha de caracterización de practicas y acciones 17	6.1 Apoyar en los Archivos de excel de practicas (1 x UA) participantes nuevos 1 unificado por los 50 participantes.	7%		OK		
			6.2 Apoyar la priorización de prácticas del 6 mes de atención			OK		
		7. Generar espacios y ambientes enriquecidos que fatiquen el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	7.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS que se sean asignados.	20%		OK		
			7.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica.			OK		
			7.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación.-			OK		
			7.4 Asegurar y mantener el orden y la limpieza.			OK		
		8. Participar y apoyar en las dinamicas relacionadas con la operación.	8.1 Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes	3%		OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Nohora Rojas
NOMBRE:	Nohora Rojas
C.C.	51914445

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	
C.C.	

20 BO
ENVIO

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 51814455		ROJAS MEDINA NOHORA ROSALBA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 81g 14b 18	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3204878184	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	977079051	9474561066	I	2024/10/11	2024/10/15	NEQUI	4	$378.500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$1,300,000**	**$208,000**			**$1,300,000**	**$162,500**			**$0**	**$0**			**$1,300,000**	**$6,800**		**$0**	**$0**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					**$1,300,000**	**$208,000**			**$1,300,000**	**$162,500**			**$0**	**$0**			**$1,300,000**	**$6,800**		**$0**	**$0**
1	CC 51814455	ROJAS NOHORA	25-14	30	$1,300,000	$208,000	EPS005	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-11	30	$1,300,000	$6,800	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,300,000	**$208,000**			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0

2024/10/12 09:44 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 51814455		ROJAS MEDINA NOHORA ROSALBA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 81g 14b 18	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3204878184	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	977079051	9474561066	I	2024/10/11	2024/10/15	NEQUI	4	$378,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$600	$0	$208,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$208,000	$600	$0	$208,600
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	$500	$0	$163,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$162,500	$500	$0	$163,000
TOTAL				1	$377,300	$1,200	$0	$378,500

Resumen de pago

Descripción de compra
Pago de la Planilla de aportes con clave\
9474561066

Estado de la solicitud
Transacción aprobada

Tienda
APORTES EN LINEA

Fecha de solicitud
12 de octubre de 2024

CUS
977079051

¿Cuánto?
$ 378.500.00

Factura de comercio
9474561066

Tu plata salió de:



Disponible

Listo

1032359119

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

CUENTA DE COBRO No. 09

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 Octubre 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,

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

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

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

PROGRAMA	DIME GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	NICOL ALEJANDRA BARRERO VASQUEZ
CARGO	APOYO PEDAGOGICO UDS
PERIODO y FECHA	OCTUBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	APOYO PEDAGOGICO: FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION OCTUBRE	9	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales **Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación y subidos al drive correspondiente del Grupo de Atencion**	1.1 Planeación Grupal, con las cuatro planeaciones de las áreas corespondientes (Formato ICBF)	30%	octubre	OK		
			1.2 **Cartilla digital**: i. Parte uno: conociendonos al 100% diligenciada, ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, iii Diligenciamiento de la parte dos: Priorización de Practicas, iv. Diligenciamiento de la movilizacion social: OCTUBRE Ser como niños 2.0			OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF) **Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación, tener en cuenta lo planeado en los microproyectos**	2.1. **Planeacion Encuentro en el hogar** (1 por cada participante - cargada en en el cuaderno digital en el drive correspondiente - de acuerdo al grupo etareo) - historica desde la primera atencion	15%	octubre	OK		
			2.2 Cronograma de visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/o ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente.			OK		
			2.3 Cartilla digital Parte uno: i. Conociendonos al 100% diligenciada, ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, iii. Seguimiento al desarrollo, escala de valoración iv. Parte 5 Seguimiento a situaciones de riesgo diligenciada v. Notas complementarias del 8 mes de atención			OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en fisico como en drive (50)	Actualización de los nuevos participantes 3.1 Seguimiento mediante la **lista de chequeo formato version 2** de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante	10%	octubre	OK		
			3.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA			OK		
			3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA _			OK		
			3.4 Archivo Fisico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas)			OK		
			3.5 Formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF			OK		
			3.6 Formato compromiso entrega de documentos a todos los participantes			OK		
		4. Entrega y socializacion de las escalas	4.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que aplique para el mes OCTUBRE__(documento en fisico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante) i. Aplicacion de la segunda toma de la escala para los ingresos de Abril ii. Primera aplicacion ingresos del mes julio y de meses anteriores, dependiendo la fecha de ingreso y la edad del niños quelos de 6 meses en adelante	5%	octubre	OK		
			4.2 Socializacion de la escala ____ Aplicada el mes pasado, es decir ingresos septiembre)			OK		
		5. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento	5.1 Apoyar en el seguimiento de novedades de inasistencia, casos de estados de salud, puerperios, hechos de violencias y demás que se presenten en los encuentros por grupo de atencion	10%	octubre	OK		
		6. Formato de ficha de caracterización de practicas y acciones f7	6.1 Apoyar en los Archivos de excel de practicas (1 x UA) participantes nuevos 1 unificado por los 50 participantes.	7%	octubre	OK		
			6.2 Apoyar la priorización de prácticas del 8 mes de atención			OK		
		7. Generar espacios y ambientes enriquecidos que feliciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	7.1 Ambietación de espacios físicos de la UDS que se sean asignados.	20%	octubre	OK		
			7.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica.			OK		
			7.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación.-			OK		
			7.4 Asegurar y mantener el orden y la limpieza			OK		
		8. Participar y apoyar en las dinamicas relacionadas con la operación.	8.1.Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes	3%	octubre	OK		
		TOTAL		100%				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	NICOL ALEJANDRA BARRERO VASQUEZ
C.C.	1.233.489.641

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	EMILCE ROJAS AGUILAR
C.C.	52178678

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 1233489641		BARRERO VASQUEZ NICOL ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 2 # 89 B 37	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	995536714	9471771902	I	2024/10/09	2024/10/21	NEQUI	12	$406,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing ret tde tae tdp tap vsp cor vst sln ige lma vac avp vct irl vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$26,000			$1,300,000		$6,800		$0	$0		$403,300
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$26,000			$1,300,000		$6,800		$0	$0		$403,300
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$26,000			$1,300,000		$6,800		$0	$0		$403,300
1	CC	1233489641	BARRERO NICOL	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS008	30	$1,300,000	$162,500	CCF24	30	$1,300,000	$26,000	14-11	30	$1,300,000	0.522%	$6,800	30	$0	$0	No	$403,300
Total Afiliados(1)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$26,000			$1,300,000		$6,800		$0	$0		$403,300

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	995536714	9471771902	I	2024/10/09	2024/10/21	NEQUI	12	$406,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$1,800	$0	$209,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$208,000	$1,800	$0	$209,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,800	$100	$0	$6,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$6,800	$100	$0	$6,900
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$26,000	$300	$0	$26,300
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$26,000	$300	$0	$26,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$1,400	$0	$163,900
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$162,500	$1,400	$0	$163,900
TOTAL				1	$403,300	$3,600	$0	$406,900

Powered by CamScanner

Detalle del movimiento

Pago realizado

Pago en
Aportes En Linea

¿Cuánto?
$ 406.900,00

Fecha
21 de octubre de 2024 a las 12:45 p. m.

Referencia
M5942638

¿De dónde salió la plata?

Disponible
$ 406.900,00

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

CUENTA DE COBRO No. 9

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 Octubre 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,

SOONER CHAVES

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

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

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

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	SONIER CHAVES
CARGO	APOYO PEDAGOGICO UDS
PERIODO y FECHA	OCTUBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	APOYO PEDAGOGICO: FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION OCTUBRE	9	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales **Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación y subidos al drive correspondiente del Grupo de Atencion**	1.1 Planeación Grupal, con las cuatro planeaciones de las áreas corespondientes (Formato ICBF)	30%	octubre	OK		
			1.2 **Cartilla digital:** i. Parte uno: conociéndonos al 100% diligenciada, ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, iii Diligenciamiento de la parte dos. Priorización de Practicas, iv. Diligenciamiento de la movilizacion social: OCTUBRE Ser como niños 2.0			OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF) **Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación, tener en cuenta lo planeado en los microproyectos**	2.1. **Planeacion Encuentro en el hogar** (1 por cada participante - cargada en en el cuaderno digital en el drive correspondiente - de acuerdo al grupo etareo) - historica desde la primera atencion	15%	octubre	OK		
			2.2 Cronograma de visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/o ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente.			OK		
			2.3 **Cartilla digital** Parte uno: i. Conociéndonos al 100% diligenciada, ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, iii. Seguimiento al desarrollo, escala de valoración iv. Parte 5 Seguimiento a situaciones de riesgo diligenciada v. Notas complementarias del 8 mes de atención			OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en fisico como en drive (50)	Actualización de los nuevos participantes 3.1 Seguimiento mediante la **lista de chequeo** formato **version 2** de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante	10%	octubre	OK		
			3.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA			OK		
			3.3 Digitalización del cada uno de los documentos de los participantes carga...			OK		
			3.4 Archivo Fisico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas)			OK		
			3.5 Formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF			OK		
			3.6 Formato compromiso entrega de documentos a todos los participantes.			OK		
		4. Entrega y socializacion de las escalas	4.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que aplique para el mes OCTUBRE__ (documento en fisico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante) i. Aplicacion de la segunda toma de la escala para los ingresos de Abril ii. Primera aplicacion ingresos del mes julio y de meses anteriores, dependiendo la fecha de ingreso y la edad del niños quelos de 6 meses en adelante	5%	oct	OK		
			4.2 Socializacion de la escala ____ Aplicada el mes pasado, es decir Ingresos septiembre)			OK		
		5. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento	5.1 Apoyar en el seguimiento de novedades de inasistencia, casos de estados de salud, puerperios, hechos de violencias y demás que se presenten en los encuentros por grupo de atencion	10%	oct	OK		
		6. Formato de ficha de caracterización de practicas y acciones f7	6.1 Apoyar en los Archivos de excel de practicas (1 x UA) participantes nuevos 1 unificado por los 50 participantes.	7%	oct	OK		
			6.2 Apoyar la priorización de prácticas del 8 mes de atención			OK		
		7. Generar espacios y ambientes enriquecidos que feliciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	7.1 Ambietación de espacios fisicos de la UDS que se sean asigandos.	20%	oct	OK		
			7.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica			OK		
			7.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación.-			OK		
			7.4 Asegurar y mantener el orden y la limpieza.			OK		
		8. Participar y apoyar en las dinamicas relacionadas con la operación.	8.1 Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes	3%	oct	OK		
		TOTAL		100%				

FIRMA CONTRATISTA	SONIER CHAVES
NOMBRE:	SONIER CHAVES.
C.C.	5284.653.

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	EMILE R
C.C.	52286

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

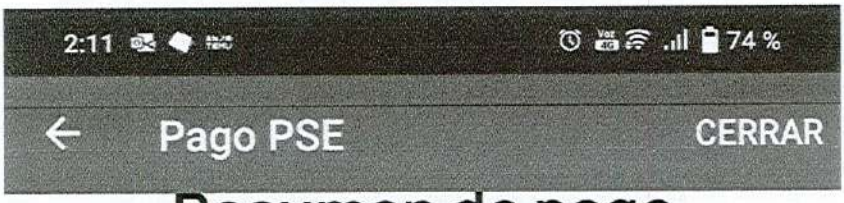
Se certifica que **SOONER SUSANA CHAVES RODRIGUEZ**, identificada con **CC** número **52847653**, aportó por **SOONER SUSANA CHAVES RODRIGUEZ**, identificado(a) con **CC** número **52847653** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **I** número **80575974** para el periodo de salud **2024-09** y pensiones **2024-09** de la siguiente forma.

TIPO	ENTIDAD	NOMBRE	NIT	COTIZANTE	SUBTIPO	DIAS	VSP	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	DIAS COTIZADOS	IBC	TARIFA	APORTE OBLIGATORIO	VALOR A PAGAR	PERIODO	PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXTEMPORANEO
Pensiones	25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	900336004	57	0										0	30	$1.300.000	0.16000		$208.000	Septiembre - 2024	80575974	11/10/2024	N
Riesgos Laborales	14-11	ARL SURA	860903790	57	0										0	30	$1.300.000	0.00522	1	$6.800	Septiembre - 2024	80575974	11/10/2024	N
Salud	EPS037	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	900156264	57	0										0	30	$1.300.000	0.12500		$162.500	Septiembre - 2024	80575974	11/10/2024	N

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

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

Powered by CamScanner



Resumen de pago

Descripción de compra
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Estado de la solicitud
Transacción aprobada

Tienda
COMPENSAR-OI

Fecha de solicitud
11 de octubre de 2024

CUS
975655294

¿Cuánto?
$ 377.300,00

Factura de comercio
80575974

Tu plata salió de:

Disponible

Listo

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

CUENTA DE COBRO No. 04

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 Octubre 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 Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,
_____
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.

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

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	MYRIAM ANGELICA LUENGAS VELASCO
CARGO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO
PERIODO y FECHA	OCTUBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCIÓN OCTUBRE	4	1. Apoyar la organización documental del Talento Humano.	1.1. Verificación de Polizas, Talento Humano Nuevo.	5%		OK		
			1.2. Verificación de afiliación de Seguridad Social, Talento Humano Nuevo			OK		
			1.3. Verificar documentos anexos a la nomina			OK		
		2. Manejo, registro e informe de plataforma CUENTAME **Nota aclaratoria:** * No se puede egresar participantes sin la toma de talla y peso. *Esto debe ser verificable con el archivo descargado directamente del cuentame	2.1. Cargue de Participantes Nuevos 35 de la UDS delegada	20%		OK		
			2.2 Cargue de Talento Humano Nuevo 0 de la UDS delegada.			OK		
			2.3 Actualización grupos etareos, acorde a las edades de los participantes.			OK		
			2,4 Excel de asistencia, semanal			OK		
			2,5. Cargue de formación (Aplica solo para Kennedy)			OK		
			2,6 Cargue de RAM (Aplica solo para Kennedy)			OK		
		3. Sistematización de la informacion relacionada con los participantes.	3.1. Directorio de los participantes actualizado de la UDS delegada, Mes de Octubre	20%		OK		
			3.2. Actualización de formatos RAM, Refrigerios, Bienestarina y entregada de RPP			OK		
		4. Organizar el archivo fisico y garantizar la Seguridad de la Información de los participantes	4.1. Archivo fisico de la UDS delegada (Oficios de gestión, actas de equipo, en el marco de los componentes)	10%		OK		
			4.2. Carpetas de los participantes vinculados a la UDS._____ Participantes.			OK		
			4.3. Organización de archivo físico para lista de espera.			OK		
		5. Construcción de la nómina recepcion y verificación de la documentación para formalización.	5.1. Formato de nómina en excel.	10%		OK		
			5.2. Chek list de nómina por cargo (100% de los soportes relacionados) de la UDS asignada.			OK		
		6. Organización de formatos y material requerido para la operación del programa.	6.1. Kardex de ingresos a la bodega y egreso, (Materiales y Dotación)	5%		OK		
		7. Solicitud de Refrigerios, Semanal	7.1. Kardex de ingresos y egresos de pedidos de refrigerios	10%		OK		
			7.2 Consolidado del mes			OK		
			7.3 Diligenciamiento en el drive de la solicitud de pedidos de refrigerios semanal (jueves de cada semana)			OK		
		8. Custodia y control de los equipos de computo e impresión y sedes de trabajo	8.1.Relación de fotocopiado e impresiones	5%		OK		
			8.2. Actualización quincenal y envio de matriz de arreglos locativos			OK		
		9. Inventarios 2023	9.1.Realizar la consolidación y actualización de los inventarios en el excell correspondiente	10%		OK		
			9.2 Inventario de equipos Audiovisuales.			OK		
			9.3. Inventario ICBF			OK		
			9.4. Inventario APC_Actualizar lo que llegue en el mes			OK		
		10. Organización y relación de servicios públicos y caja menor.	10.1 Formato de relación servicios públicos.	3%		OK		
			10. 2 Organización AZ con los servicios correspondientes a la UDS.			OK		
		11. Participar en las dinamicas relacionadas con la operación.	11.1 .Asegurar y mantener el orden y la limpieza, junto con el equipo de trabajo, de las unidades de servicio	2%		OK		
			11.2. Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes			OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	AUGELIA LUENGAS
NOMBRE:	MYRIAM ANGELICA LUENGAS VELASCO
C.C.	52.481.438

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

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

e certifica que **MYRIAM ANGELICA LUENGAS VELASCO**, identificada con **CC** número **52481438**, aportó por **MYRIAM NGELICA LUENGAS VELASCO**, identificado(a) con **CC** número **52481438** por concepto de aportes obligatorios al sistema eneral de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **I** número **80206189** para el periodo de salud **2024-09** y pensiones **2024 9** de la siguiente forma.

	CENTRO	NOMBRE	NIT	COTIZANTE	SUBTIPO																										
sgos orales	14-11	ARL SURA	890903790	59	0															0		30	$1.300.000	0,00522	1	$6.800	Septiembre - 2024	80206189	16/09/2024	N	
siones	230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739	59	0															0		30	$1.300.000	0,16000		$208.000	Septiembre - 2024	80206189	16/09/2024	N	
alud	EPS005	Sanitas EPS	800251440	59	0															0		30	$1.300.000	0,12500		$162.500	Septiembre - 2024	80206189	16/09/2024	N	

El presente certificado se expide a los 14 días del mes Septiembre de 2024

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

3:23 p. m.

← Pago PSE CERRAR

Resumen de pago

Descripción de compra
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Estado de la solicitud
Transacción aprobada

Tienda
COMPENSAR-OI

Fecha de solicitud
14 de septiembre de 2024

CUS
913883505

¿Cuánto?
$ 377.300,00

Factura de comercio
80206189

Tu plata salió de:


Disponible

Listo

Ciudad: BOGOTÁ D.C Mes: OCTUBRE 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-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 Octubre 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 Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

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

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

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

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	MARGARITA MORALES
CARGO	COORDINADOR
PERIODO y FECHA	OCTUBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCIÓN OCTUBRE	9	1, Informe Técnico, que de cuenta de la ejecución de cada uno de los componentes en el primer mes de Atención	1.1 Formato f8 contractual (U. entre todos, descuerdo a lo delegado Casilla Amarilla)	10%	5/11/2024	OK		
			1.2. Organización Drive x Unidad con los estandares del Contractual y cargar los soportes Existentes Cargados Maximo al 8 de Noviembre			OK		
			1.3 Formato f8 Acciones (Emilce)					
			1.4. Actas por seguimiento a: * Acompañamiento a Visitas * Acompañamiento encuentro grupal * Acompañamiento a través de llamadas de verificación RPP * Acompañamiento y verificación de Cartillas Grupales Digitales * Acompañamiento y verificación de Cartillas Familiares Digitales			OK		
		2. Velar por mantener el th y tener al día el archivo de los mismos	2.1. Matriz de Talento Humano Actualizada - Con Egresos e ingresos ocurridos en el mes	5%	5/11/2024	OK		
		3, Organizar, Monitorear e informar las especificaciones de la cobertura y población a atender	3.1 Formato Certificación de Cobertura (U. Eliana - Yolima)	10%		OK		
			3.2 Formato población Migrante (U. Ledys - Emilce)			OK		
			3.3 Formato Desplazados (U. Ledys - Emilce)					
			3.4. Fomato Metas Sociales (U. Margarita - Yolima)		5/11/2024			
			3.5. Certificado de no ocurrencia de hechos de Violencia (Ledy y EM)			OK		
		4. Novedades de Ingresos y egresos Durante el mes	4.1 Formato de Novedades de la UDS, _____ Casos, junto con sus soportes	5%	5/11/2024			
		5, Monitorear el cumplimiento Cuentame al 100% Mensual Nota aclaratoria: No se puede egresar participantes sin la toma de talla y peso.	5.1. Cargue de Participantes Nuevos _____de la UDS delegada 100%	5%				
			5.2. Cargue del 100%Nutricional, participantes Nuevos _____		5/11/2024			
			5.3 Actualización de Talento Humano Nuevo			OK		
			5.4 Cargue de RAM					
			5.5. Cargue de Formación al 100%, (3 formaciones por persona)					
		6. Organizar, Monitorear y acompañar: * Entrega de RPP * Entrega de Refrigerios	6.1. Formatos RPP - 18 Listados en total_ 3 por profe (Traer los físicos para verificar _ organizados en una AZ legajados por unidad)	15%	5/11/2024	OK		
			6.2 Formatos de Refrigerio - 72 listados en total _12 por profe (Traer los físicos para verificar_organizados en una AZ legajados por unidad)					
		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%		OK		
		8. Construcción de la nómina recepcion y verificación de la documentación para formalización.	8.1. Formato de nómina en excel. (Descuerdo a los horarios citados x th) Kennedy Jueves 24 OCTUBRE Suba Miercoles 25 OCTUBRE	5%				
			8.2. Chek list de nómina por cargo (100% de los soportes relacionados) de la UDS asignado		5/11/2024	OK		
			8.3. Certificación de cumplimiento de las 18 Personas del equipo. (Verificación Técnica)					
		10. Programación General	10.1 Cronograma de la unidad _ Encuentro grupales	5%	5/11/2024			
			10.2 Cronograma visitas _ Por Dupla					
			10.3 Proyección Grupos de Estudio, con Planeacion, Acta, Registro fotografico			OK		
			10.4. Grupo Estudio liderado por coordis - Primera Semana del mes					
		11. Cargue soportes Contractuales	11. 1 Cargar digitales por componente_ Contractuales 10 de cada mes la información vencida o del mes que se cierra.	15%				
			11.2 F 23_ Buenas prácticas ambientales					
		12. Mantenimiento y cuidado de las Sedes.	12. Matriz de mantenimiento _ Asegurar y mantener el orden y la limpieza. y mantenimiento de las sedes	5%	5/11/2024	OK		
		13. Evaluación de desempeño equipo		2.5%				
		14. Aplicación de encuesta de satisfacción y documento de análisis.		2.5%				
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	MARGARITA MORALES
C.C.	52356915

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	ELIANA MORENO
C.C.	52.357.450

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	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 330	TELÉFONO:	5218525
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-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:		7942355291	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	septiembre AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES	septiembre AÑO 2024
DÍAS DE MORA:		11			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/10/15	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		98162527

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 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

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 178.700	$ 0	$ 1.500	$ 0	$ 178.700	$ 1.500	$ 0	$ 180.200
SUBTOTALES:													$ 178.700	$ 1.500	$ 0	$ 180.200

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES				
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO	
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 7.500	$ 7.500	$ 100	$ 0	$ 7.600	
SUBTOTALES:									$ 7.500	$ 100	$ 0	$ 7.600	

LIQUIDACION DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																					SEGURIDAD SOCIAL																					PARAFISCALES						
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN								SALUD							ARP																							
																										ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 52356915	MORALES ARRIETA DIANA MARGARITA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE		$ 1.727.330				NO								01-30									231001 - COLFONDOS	30	$ 1.429.000	$ 228.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 228.700	EPS005 - SANITAS S.A.	30	$ 1.429.000	$ 178.700	$ 0	$ 178.700	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.429.000	52356915	$ 7.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 418.300

Planilla Pagada
SOI
Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

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

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**7942355291**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES		
PERIODO COTIZACIÓN	MES: septiembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	septiembre	
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2024	SALUD:	AÑO:	2024	
DÍAS DE MORA:	11				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/10/15	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	981625277		

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
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800227940	231001	231001-COLFONDOS	1	$ 230.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 230.500**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 180.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 180.200**
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:	**$ 3.400**
TOTAL PAGADO:	**$ 418.300**

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

CUENTA DE COBRO No. 09

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: ($ 2.519.800) DOS MILLONES QUINIENTOS DIECINUEVE MIL OCHOCIENTOS PESOS M/Cte.
PERIODO: Fase Atención OCTUBRE 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 Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,
Jazmin Becerra

NOMBRE: **Ana Jazmín Becerra Gallo**
C.C. 52.931.661
DR: Cra 77 L # 49 – 30 sur
Tel.3113583358
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.

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO POR CARGO

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	ANA JAZMIN BECERRA GALLO
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECH	OCTUBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION OCTUBRE	9	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales **Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación y subidos al drive correspondiente del Grupo de Atencion**	1.1 Planeación Grupal, con las cuatro planeaciones de las áreas correspondientes (Formato ICBF)	15%	30/10/2024	OK		
			1.2 **Cartilla digital:** i. Parte uno: conociendonos al 100% diligenciada, ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, iii Diligenciamiento de la parte dos: Priorización de Practicas, iv. Diligenciamiento de la movilizacion social: OCTUBRE Ser como niños 2.0		30/10/2024	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 drive correspondiente - de acuerdo al grupo etareo) - historica desde la primera atencion	15%	30/10/2024	OK		
			2.2 Cronograma de visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/o ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente		30/10/2024	OK		
			2.3 Cartilla digital Parte uno: i. Conociendonos al 100% diligenciada, ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, iii. Seguimiento al desarrollo, escala de valoración iv. Parte 5 Seguimiento a situaciones de riesgo diligenciada v. Notas complementarias del 8 mes de atención		30/10/2024	OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida, tanto en fisico como en el drive y con la renombración correspondiente (50)	3.1 Formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF	5%	30/10/2024			EN PROCESO DE ACOMODACION, ACTUALIZACION Y DIGITALIZACION AL 100%
			3.2 Formato compromiso entrega de documentos a todos los participantes.		30/10/2024			
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo antes del 15 de cada mes sus Ingresos y egresos ____ durante el mes de OCTUBRE	4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes	15%	30/10/2024	OK		
			4.2 Soportes de egreso (con la aprobación de la coordinación)		30/10/2024	OK		
			4.3 Soportes de ingreso (soportes subidos al drive correspondiente: RC del participante, cédula del acudiente, recibo de servicio público de la vivienda, carnet vacunas, crecimiento y desarrollo, vinculacion a EPS y compromisos de acuerdo a los documentos pendientes)		30/10/2024	OK		
		5.Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios,Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.		10%	30/10/2024	OK		
			5.2 Refrigerios		30/10/2024	OK		
			5.3 Formato RPP		30/10/2024	OK		
			5.4 Fotografias uno a uno de la entrega de RPP - en power Point		30/10/2024	OK		
			5.5 Formato de Bienestarina Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni enmendaduras		30/10/2024	OK		
		6.. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento	6.1 Formato de novedades en fisico por grupo de atencion (si aplica) y subido al drive	2%	30/10/2024	OK		
			6.2 Formato de compromiso de documentos con los seguimientos respectivos en fisico y subido al drive correspondiente del grupo de atención		30/10/2024	OK		
			6.3 Formatos de novedades y compromisos de entregas documentales firmado por las familias (formato APC)		30/10/2024	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 OCTUBRE__ (documento en fisico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante) i. Aplicacion de la segunda toma de la escala para los ingresos de Abril ii. Primera aplicacion ingresos del mes julio y de meses anteriores, dependiendo la fecha de ingreso y la edad del niños quelos de 6 meses en adelante	15%	30/10/2024	OK		
			7.2 Socializacion de la escala ____ (participantes _____)		30/10/2024	OK		
		8. Apoyar el diligenciamiento de la caracterizacion de practicas de acuerdo con el F7	8.1 Realizar la caracterización correspondiente y diligenciar el F7 grupal con los participantes activos.	10%	30/10/2024	OK		
			8.2 Realizar la caracterización correspondiente y diligenciar el F7 individual con los activos		30/10/2024	OK		
			8.3 Realizar la Priorización y semaforizacion de prácticas del 8 mes de atención para todos los participantes (dependiendo del mes de ingreso se determina la cantidad de la semaforizaciones que tiene un participante).		30/10/2024	OK		
		9. Generar espacios y ambientes enriquecidos que falciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS y a los microproyectos.	9.1 Ambientación de espacios fisicos de la UDS acorde al proyecto pedagogico del territorio y tematica del mes.	5%	30/10/2024	OK		
			9.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica.		30/10/2024	OK		
			9.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación		30/10/2024	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	3%	30/10/2024	OK		
			10.2. Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes		30/10/2024	OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	JAZMIN BECERRA
NOMBRE:	ANA JAZMIN BECERRA GALLO
C.C.	52931661

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	MARGARITA MORALES
C.C.	52356915

V°B°

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: 3113583358
Correo: jaz_misita27@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8380439940

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	ANA JAZMIN BECERRA GALLO
Tipo y número de identificación	CC52931661
Número de planilla	8380439940
Fecha pago	2024-10-17
Número de autorización pago	25149366
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	septiembre de 2024
Periodo de Cotización Pensión	septiembre de 2024
Número de Administradoras	3
Total Pagado	378000
Total Intereses de Mora	700

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	6900	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	208300	1
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	162800	1

8380439940

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

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS017	25-14	1300000	1300000	1300000	0	162500	0	208000	0	6800	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: 9540094387 DV: 966889
Cliente:113237 PLANILLAS AVAL Apartes en
Linea Arus Compensar Asopagos Simple Ni
Fiao
Fecha: 17/10/2024 11:25:15
PAP: 917921
Nombre: AAA
Apellido 1: OAA
NUM PLANILLA: 8380439940
TIPO DE IDENTIFICACION: CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO IDENTIFICACION: 52931661
PERIODO: 202409
Referencia: 8380439940Valor: $378.000,00

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: OCTUBRE Día: 30 Año: 2024

CUENTA DE COBRO No. 09

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 OCTUBRE 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 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.

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO POR CARGO

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	ANGELA LILIANA CARO PULIDO
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECH.	OCTUBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION OCTUBRE	9	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales **Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación y subidos al drive correspondiente del Grupo de Atencion**	**1.1** Planeación Grupal, con las cuatro planeaciones de las áreas correspondientes (Formato ICBF)	15%	30/10/2024	OK		
			1.2 Cartilla digital: I. Parte uno: conociendonos al 100% diligenciada, ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, iii Diligenciamiento de la parte dos: Priorización de Practicas, iv. Diligenciamiento de la movilizacion social: OCTUBRE Ser como niños 2.0		30/10/2024	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 el cuaderno digital en el drive correspondiente - de acuerdo al grupo etareo) - historica desde la primera atencion	15%	30/10/2024	OK		
			2.2 Cronograma de visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/o ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente		30/10/2024	OK		
			2.3 Cartilla digital Parte uno: I. Conociendonos al 100% diligenciada, ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, iii. Seguimiento al desarrollo, escala de valoración iv. Parte 5 Seguimiento a situaciones de riesgo diligenciada v. Notas complementarias del 8 mes de atención		30/10/2024	OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida, tanto en físico como en el drive y con la renombración correspondiente (50)	3.1 Formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF	5%	30/10/2024			EN PROCESO DE ACOMODACION, ACTUALIZACION Y DIGITALIZACION AL 100%
			3.2 Formato compromiso entrega de documentos a todos los participantes.		30/10/2024			
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo antes del 15 de cada mes sus ingresos y egresos ____ durante el mes de OCTUBRE	4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes	15%	30/10/2024	OK		
			4.2 Soportes de egreso (con la aprobación de la coordinación)		30/10/2024	OK		
			4.3 Soportes de ingreso (soportes subidos al drive correspondiente: RC del participante, cédula del acudiente, recibo de servicio público de la vivienda, carnet vacunas, crecimiento y desarrollo, vinculacionа EPS y compromisos de acuerdo a los documentos pendientes)		30/10/2024	OK		
		5.Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios,Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.	5.1 Formato ram	10%	30/10/2024	OK		
			5.2 Refrigerios		30/10/2024	OK		
			5.3 Formato RPP		30/10/2024	OK		
			5.4 Fotografías uno a uno de la entrega de RPP - en power Point		30/10/2024	OK		
			5.5 Formato de Bienestarina Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni enmendaduras		30/10/2024	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) y subido al drive	7%	30/10/2024	OK		
			6.2 Formato de compromiso de documentos con los seguimientos respectivos en físico y subido al drive correspondiente del grupo de atención		30/10/2024	OK		
			6.3 Formatos de novedades y compromisos de entregas documentales firmado por las familias (formato APC)		30/10/2024	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 OCTUBRE__ (documento en físico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante) I. Aplicacion de la segunda toma de la escala para los ingresos de Abril ii. Primera aplicacion ingresos del mes julio y de meses anteriores, dependiendo la fecha de ingreso y la edad del niños quelos de 6 meses en adelante	15%	30/10/2024	OK		
			7.2 Socializacion de la escala ____ (participantes_____)		30/10/2024	OK		
		8. Apoyar el diligenciamiento de la caracterizacion de practicas de acuerdo con el F7	8.1 Realizar la caracterización correspondiente y diligenciar el F7 grupal con los participantes activos.	10%	30/10/2024	OK		
			8.2 Realizar la caracterización correspondiente y diligenciar el F7 individual con los activos.		30/10/2024	OK		
			8.3 Realizar la Priorización y semaforizacion de prácticas del 8 mes de atención para todos los participantes (dependiendo del mes de ingreso se determina la cantidad de la semaforizaciones que tiene un participante).		30/10/2024	OK		
		9. Generar espacios y ambientes enriquecidos que falciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS y a los microproyectos.	9.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS acorde al proyecto pedagogico del territorio y tematica del mes.	5%	30/10/2024	OK		
			9.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica.		30/10/2024	OK		
			9.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación		30/10/2024	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	3%	30/10/2024	OK		
			10.2. Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes.		30/10/2024	OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	ANGELA LILIANA CARO PULIDO
C.C.	52750489

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	MARGARITA MORALES
C.C.	52559915

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	1000001367	9474730570	I	2024/10/16	2024/10/15	BANCO DE BOGOTA	0	$377,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	1000001367	9474730570	I	2024/10/16	2024/10/15	BANCO DE BOGOTA	0	$377,300

RESUMEN DE PAGO

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

¡Tu pago fue exitoso!

Número de autorización: 000827

Fecha y hora: 12/10/24 - 10:08

Planilla As Aportes En Linea

No. de planilla 9474730570

Valor	$ 377.300 ,00
Costo de la transacción	Gratis

El pago se realizó desde:

Cuenta de Ahorros

No. 060375193

Ciudad: BOGOTA D.C Mes: OCTUBRE Día: 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-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 OCTUBRE 2024

CONCEPTO: AGENTE EDUCATIVO 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, 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
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.

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO POR CARGO

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	JOSELITO RODRIGUEZ GALEANO
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECH	OCTUBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION OCTUBRE	9	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales **Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación y subidos al drive correspondiente del Grupo de Atencion**	1.1 Planesión Grupal, con las cuatro planeaciones de las áreas correspondientes (Formato ICBF)	15%	30/10/2024	OK		
			1.2 Cartilla digital: i. Parte uno: conociendonos al 100% diligenciada, ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, iii Diligenciamiento de la parte dos: Priorización de Practicas, iv. Diligenciamiento de la movilizacion social. OCTUBRE Ser como niños 2.0		30/10/2024	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 drive correspondiente - de acuerdo al grupo etareo) - historica desde la primera atencion	15%	30/10/2024	OK		
			2.2 Cronograma de visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/o ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente.		30/10/2024	OK		
			2.3 Cartilla digital Parte uno: i. Conociendonos al 100% diligenciada, ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, iii. Seguimiento al desarrollo, escala de valoración iv. Parte 5 Seguimiento a situaciones de riesgo diligenciada v. Notas complementarias del 8 mes de atención		30/10/2024	OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida, tanto en físico como en el drive y con la nomenbración correspondiente (50)	3.1 Formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF	5%	30/10/2024			EN PROCESO DE ACOMODACION, ACTUALIZACION Y DIGITALIZACION AL 100%
			3.2 Formato compromiso entrega de documentos a todos los participantes.		30/10/2024			
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo antes del 15 de cada mes sus ingresos y egresos ____ durante el mes de OCTUBRE	4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes	15%	30/10/2024	OK		
			4.2 Soportes de egreso (con la aprobación de la coordinación)		30/10/2024	OK		
			4.3 Soportes de ingreso (soportes subidos al drive correspondiente: RC del participante, cédula del acudiente, recibo de servicio público de la vivienda, carnet vacunas, crecimiento y desarrollo, vinculacione EPS y compromisos de acuerdo a los documentos pendientes)		30/10/2024	OK		
		5 Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios,Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.	5.1 Formato Ram	10%	30/10/2024	OK		
			5.2 Refrigerios		30/10/2024	OK		
			5.3 Formato RPP		30/10/2024	OK		
			5.4 Fotografias uno a uno de la entrega de RPP - en power Point		30/10/2024	OK		
			5.5 Formato de Bienestarina Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni enmendaduras		30/10/2024	OK		
		6.. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento	6.1 Formato de novedades en fisico por grupo de atencion (si aplica) y subido al drive	7%	30/10/2024	OK		
			6.2 Formato de compromiso de documentos con los seguimientos respectivos en fisico y subido al drive correspondiente del grupo de atención		30/10/2024	OK		
			6.3 Formatos de novedades y compromisos de entregas documentales firmado por las familias (formato APC)		30/10/2024	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 OCTUBRE__ (documento en fisico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante) i. Aplicacion de la segunda toma de la escala para los ingresos de Abril ii. Primera aplicacion ingresos del mes julio y de meses anteriores, dependiendo la fecha de ingreso y la edad del niños quelos de 6 meses en adelante	15%	30/10/2024	OK		
			7.2 Socializacion de la escala ____ (participantes _____)		30/10/2024	OK		
		8. Apoyar el diligenciamiento de la caracterizacion de practicas de acuerdo con el F7	8.1 Realizar la caracterización correspondiente y diligenciar el F7 grupal con los participantes activos.	10%	30/10/2024	OK		
			8.2 Realizar la caracterización correspondiente y diligenciar el F7 individual con los activos.		30/10/2024	OK		
			8.3 Realizar la Priorización y semaforizacion de prácticas del 8 mes de atención para todos los participantes (dependiendo del mes de ingreso se determina la cantidad de la semaforizaciones que tiene un participante)		30/10/2024	OK		
		9. Generar espacios y ambientes enriquecidos que fallolten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS y a los microproyectos.	9.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS acorde al proyecto pedagogico del territorio y tematica del mes.	5%	30/10/2024	OK		
			9.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica.		30/10/2024	OK		
			9.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación		30/10/2024	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	3%	30/10/2024	OK		
			10.2. Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes		30/10/2024	OK		
				TOTAL	100%			

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	JOSELITO RODRIGUEZ GALEANO
C.C.	1116916542

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	MARGARITA MORALES
C.C.	52356915

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 1116916542		RODRIGUEZ GALEANO JOSELITO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll97sur#4A-06	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
2024-10	2024-10	985123595	9475499187	I	2024/11/13	2024/10/16	BANCO DE BOGOTA	0	$377,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO									NOVEDADES																											
No.	Tipo Id	No Id	Nombre	Tipo Cotizante	Horas Laboradas	Extranjero	Temp. Ext.	Fecha Radicación en el Exterior	ing	Fecha Ing	ret	Fecha Ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	Fecha Inicio vsp	cor	vst	sln	Fecha Inicio sln	Fecha Fin sln	ige	Fecha Inicio ige	Fecha Fin ige	lma	Fecha Inicio lma	Fecha Fin lma	vac-lr	Fecha Inicio vac-lr	Fecha Fin vac-lr	avp	vc
1	CC	1116916542	RODRIGUEZ GALEANO JOSELITO	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes	0	No	No																													
Total		Afiliados(1)																																		

aportes en línea

Planilla Integrada

							SALARIO			PENSION														SALUD					
t	Fecha Inicio vst	Fecha Fin vst	irl	Fecha Inicio irl	Fecha Fin irl	vip	Valor	Integral	Tipo de Salario	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Tarifa Alto Riesgo Pensión	Valor Cotización	Cotización Voluntaria Empleador	Cotización Voluntaria Afiliado	Fondo Solidaridad Pensional	Fondo Subsistencia	Valor No retenido	Total	AFP Destino	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Valor UPC
							$ 1.300.000	No		PORVENIR	30	$ 1.300.000	16%	SIN RIESGO	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 208.000		NUEVA E.P.S.	30	$ 1.300.000	12,5%	$ 162.500	$
																					$ 208.000						$ 162.500	

aportes en línea

Planilla Integrada

			CCF					RIESGOS						PARAFISCALES										
	Total	EPS Destino	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Clase Riesgo	Valor Cotización	Días	IBC	Tarifa SENA	Valor Cotización SENA	Tarifa ICBF	Valor Cotización ICBF	Tarifa ESAP	Valor Cotización ESAP	Tarifa MEN	Valor Cotización MEN	Exonerado SENA e ICBF
0	$ 162.500			0	$ 0	0%	$ 0	ARL SURA	30	$ 1.300.000	0,522%	1	$ 6.800	0	$ 0	0%	$ 0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	No
	$ 162.500						$ 0						$ 6.800				$ 0		$ 0		$ 0		$ 0	

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 1116916542		RODRIGUEZ GALEANO JOSELITO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll97sur#4A-06	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
2024-10	2024-10	985123595	9475493187	I	2024/11/13	2024/10/16	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
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				**1**	**$377,300**	**$0**	**$0**	**$377,300**

Banco de Bogotá

Comprobante de compra y pagos virtuales PSE

Pago exitoso

Número de autorización 109202

Miércoles, 16 de octubre de 2024, 12:41:15 p. m.

Detalle

$377.300
Valor Pagado

IVA incluído:	$0
Pago a:	APORTES EN LINEA
Débito desde:	Cuenta de Ahorros *2655
Descripción:	Pago de la Planilla de aportes con clave: 9475499187
Fecha y hora inicio transacción	2024-10-16 12:40:17
NIT del comercio	999001472382
Número de factura	9475499187
Código Único de Seguimiento	985123595
Dirección IP:	201.244.26.3
Referencia 1:	192.168.112.162
Referencia 2:	CC
Referencia 3:	1116916542

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

CUENTA DE COBRO No. 09

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 Octubre 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

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.

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO POR CARGO

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	LUZ NIDIA PEREZ VELASQUEZ
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	OCTUBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION OCTUBRE	9	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales **Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación y subidos al drive correspondiente del Grupo de Atencion**	1.1 Planeación Grupal, con las cuatro planeaciones de las áreas corresponcientes (Formato ICBF)	15%	30/10/2024	OK		
			1.2 **Cartilla digital:** i. Parte uno: conociendonos al 100% diligenciada, ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, iii Diligenciamiento de la parte dos: Priorización de Practicas, iv. Diligenciamiento de la movilizacion social: OCTUBRE Ser como niños 2.0		30/10/2024	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 el cuaderno digital en el drive correspondiente - de acuerdo al grupo etareo) - historica desde la primera atencion**	15%	30/10/2024	OK		
			2.2 Cronograma de visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/o ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Gruco de atencion correscondiente.		30/10/2024	OK		
			2.3 Cartilla digital Parte uno: i. Conociendonos al 100% diligenciada, ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, iii. Seguimiento al desarrollo, escala de valoración iv. Parte 5 Seguimiento a situaciones de riesgo diligenciada v. Notas complementarias del 8 mes de atención		30/10/2024	OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida, tanto en fisico como en el drive y con la renombración correspondiente (50)	3.1 Formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF	5%	30/10/2024			EN PROCESO DE ACOMODACION, AGTUALIZACION Y DIGITALIZACION AL 100%
			3.2 Formato compromiso entrega de documentos a todos los participantes.		30/10/2024			
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo antes del 15 de cada mes sus ingresos y egresos ____ durante el mes de OCTUBRE	4.1 Formato de Ingresos y egresos _____ en el mes	15%	30/10/2024	OK		
			4.2 Soportes de egreso (con la aprobación de la coordinación)		30/10/2024	OK		
			4.3 Soportes de ingreso (soportes subidos al drive correspondiente: RC del participante, cédula del acudiente, recibo de servicio público de la vivienda, carnet vacunas, crecimiento y desarrollo, vinculacion a EPS y compromisos de acuerdo a los documentos pendientes)		30/10/2024	OK		
		5.Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios, Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.	5.1 Formato Ram	10%	30/10/2024	OK		
			5.2 Refrigerios		30/10/2024	OK		
			5.3 Formato RPP		30/10/2024	OK		
			5.4 Fotografias uno a uno de la entrega de RPP - en power Point		30/10/2024	OK		
			5.5 Formato de Bienestarina Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni enmendaduras		30/10/2024	OK		
		6 . Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento	6.1 Formato de novedades en fisico por grupo de atencion (si aplica) y subido al drive	7%	30/10/2024	OK		
			6.2 Formato de compromiso de documentos con los seguimientos respectivos en fisico y subido al drive correspondiente del grupo de atención		30/10/2024	OK		
			6.3 Formatos de novedades y compromisos de entregas documentales firmado por las familias (formato APC)		30/10/2024	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 OCTUBRE_ (documento en fisico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante) i. Aplicacion de la segunda toma de la escala para los ingresos de Abril ii. Primera aplicacion Ingresos del mes julio y de meses anteriores, dependiendo la fecha de ingreso y la edad del niños quelos de 6 meses en adelante	15%	30/10/2024	OK		
			7.2 Socializacion de la escala ____ (participantes _____)		30/10/2024	OK		
		8. Apoyar el diligenciamiento de la caracterizacion de practicas de acuerdo con el F7	8.1 Realizar la caracterización correspondiente y diligenciar el F7 grupal con los participantes activos.	10%	30/10/2024	OK		
			8.2 Realizar la caracterización correspondiente y diligenciar el F7 individual con los activos.		30/10/2024	OK		
			8.3 Realizar la Priorización y semaforizacion de prácticas del 8 mes de atención para todos los participantes (dependiendo del mes de ingreso se determina la cantidad de la semaforizaciones que tiene un participante).		30/10/2024	OK		
		9. Generar espacios y ambientes enriquecidos que falciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS y a los microproyectos.	9.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS acorde al proyecto pedagogico del territorio y tematica del mes.	5%	30/10/2024	OK		
			9.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica.		30/10/2024	OK		
			9.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación		30/10/2024	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	3%	30/10/2024	OK		
			10.2. Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes		30/10/2024	OK		
				TOTAL	100%			

FIRMA CONTRATISTA	Nidia Pérez
NOMBRE:	LUZ NIDIA PEREZ VELASQUEZ
C.C.	52483180

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	MARGARITA MORALES
C.C.	52356915

V°B°

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 52463180		PEREZ VELASQUEZ LUZ NIDIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	trv 78b# 46-26	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4060393	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	09969663	9474922195	1	2024/10/18	2024/10/17	BANCO DE OCCIDENTE	0	$377,300

RESUMEN DE PAGO

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

2024/10/21 12:02 PM

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 52463180		PEREZ VELASQUEZ LUZ NIDIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	trv 78b# 46-26	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4060393	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	09969663	9474922195	I	2024/10/18	2024/10/17	BANCO DE OCCIDENTE	0	$377,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO

No.	Tipo id	No id	Nombre	Tipo Cotizante	Horas Laboradas	Extranjero	Temp. Ext.	Fecha Radicación en el Exterior
1	CC	52463180	PEREZ VELASQUEZ LUZ NIDIA	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes	0	No	No	
Total	Afiliados(1)							

NOVEDADES

No.	ing	Fecha ing	ret	Fecha ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	Fecha Inicio vsp	cor	vst	sln	Fecha Inicio sln	Fecha Fin sln	ige	Fecha Inicio ige	Fecha Fin ige	lma	Fecha Inicio lma	Fecha Fin lma	vac-lr	Fecha Inicio vac-lr	Fecha Fin vac-lr	avp	vc
1																										

PLANILLA PAGADA

aportes en línea

Planilla Integrada

							SALARIO			PENSION													SALUD					
t	Fecha Inicio vct	Fecha Fin vct	Irl	Fecha Inicio Irl	Fecha Fin Irl	vip	Valor	Integral	Tipo de Salario	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Tarifa Alto Riesgo Pensión	Valor Cotización	Cotización Voluntaria Empleador	Cotización Voluntaria Afiliado	Fondo Solidaridad Pensional	Fondo Subsistencia	Valor No retenido	Total	AFP Destino	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Valor UPC
							$ 1.300.000	No		PORVENIR	30	$ 1.300.000	16%	SIN RIESGO	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 208.000		COMPENSAR	30	$ 1.300.000	12,5%	$ 162.500	$ 0
																					$ 208.000						$ 162.500	

aportes en línea

Planilla Integrada

		CCF					RIESGOS						PARAFISCALES											
Total	EPS Destino	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Clase Riesgo	Valor Cotización	Días	IBC	Tarifa SENA	Valor Cotización SENA	Tarifa ICBF	Valor Cotización ICBF	Tarifa ESAP	Valor Cotización ESAP	Tarifa MEN	Valor Cotización MEN	Exonerado SENA e ICBF
$ 162.500			0	$ 0	0%	$ 0	ARL SURA	30	$ 1.300.000	0,522%	1	$ 6.800	0	$ 0	0%	$ 0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	No
$ 162.500						$ 0						$ 6.800				$ 0		$ 0		$ 0		$ 0	

Grupo AVAL

Puntored no te cobra por esta transacc:

PAGO DE PLANILLAS

TRANSACCION EXITOSA

Fecha	17/10/2024
Hora	10:08:57
Terminal	343887
Cod. Convenio	1506
Comercio	470794
No. aprob Banco	969663
Referencia	9474922195
No. aprob Puntored	001020700459
Valor	$377,300
Usuario de Venta	RONALD FABIAN LOAI

Linea de atencion Nacional
01 8000 512825 Opcion 2 Email:
corresponsalesaval@en-contacto.co

BANCO DE OCCIDENTE
VIGILADO SUPERINTENDENCIA
FINANCIERA DE COLOMBIA

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

CUENTA DE COBRO No. 07

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 Octubre 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 Rocio Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

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

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	SANDRA YACKELIN PINZON SALCEDO
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECH.	OCTUBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION OCTUBRE	9	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales **Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación y subidos al drive correspondiente del Grupo de Atencion**	**1.1** Planeación Grupal, con las cuatro planeaciones de las áreas corespondientes (Formato ICBF)	15%	30/10/2024	OK		
			1.2 Cartilla digital: i. Parte uno: conociendonos al 100% diligenciada, ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, iii Diligenciamiento de la parte dos: Priorización de Practicas, iv. Diligenciamiento de la movilizacion social: OCTUBRE Ser como niños 2.0		30/10/2024	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 drive correspondiente - de acuerdo al grupo etareo) - historica desde la primera atencion	15%	30/10/2024	OK		
			2.2 Cronograma de visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/o ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente.		30/10/2024	OK		
			2.3 Cartilla digital Parte uno: I. Conociendonos al 100% diligenciada, ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, iii. Seguimiento al desarrollo, escala de valoración iv. Parte 5 Seguimiento a situaciones de riesgo diligenciada v. Notas complementarias del 8 mes de atención		30/10/2024	OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida, tanto en físico como en el drive y con la renombración correspondiente (50)	3.1 Formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF	5%	30/10/2024			EN PROCESO DE ACOMODACION, ACTUALIZACION Y DIGITALIZACION AL 100%
			3.2 Formato compromiso entrega de documentos a todos los participantes.		30/10/2024			
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo antes del 15 de cada mes sus ingresos y egresos ____ durante el mes de OCTUBRE	4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes	15%	30/10/2024	OK		
			4.2 Soportes de egreso (con la aprobación de la coordinación)		30/10/2024	OK		
			4.3 Soportes de ingreso (soportes subidos al drive correspondiente: RC del participante, cédula del acudiente, recibo de servicio público de la vivienda, carnet vacunas, crecimiento y desarrollo, vinculacion EPS y compromisos de acuerdo a los documentos pendientes)		30/10/2024	OK		
		5.Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios,Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.	5.1 Formato Ram	10%	30/10/2024	OK		
			5.2 Refrigerios		30/10/2024	OK		
			5.3 Formato RPP		30/10/2024	OK		
			5.4 Fotografies uno a uno de la entrega de RPP - en power Point		30/10/2024	OK		
			5.5 Formato de Bienestarina Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni enmendaduras		30/10/2024	OK		
		6 . Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento	6.1 Formato de novedades en fisico por grupo de atencion (si aplica) y subido al drive	7%	30/10/2024	OK		
			6.2 Formato de compromiso de documentos con los seguimientos respectivos en fisico y subido al drive correspondiente del grupo de atención		30/10/2024	OK		
			6.3 Formatos de novedades y compromisos de entregas documentales firmado por las familias (formato APC)		30/10/2024	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 OCTUBRE__ (documento en fisico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante) i. Aplicacion de la segunda toma de la escala para los ingresos de Abril ii. Primara aplicacion ingresos del mes julio y de meses anteriores, dependiendo la fecha de ingreso y la edad del niños quelos de 6 meses en adelante	15%	30/10/2024	OK		
			7.2 Socializacion de la escala ____ (participantes _____)		30/10/2024	OK		
		8. Apoyar el diligenciamiento de la caracterizacion de practicas de acuerdo con el F7	8.1 Realizar la caracterización correspondiente y diligenciar el F7 grupal con los participantes activos.	10%	30/10/2024	OK		
			8.2 Realizar la caracterización correspondiente y diligenciar el F7 individual con los activos		30/10/2024	OK		
			8.3 Realizar la Priorización y semaforizacion de prácticas del 8 mes de atención para todos los participantes (dependiendo del mes de ingreso se determina la cantidad de la semaforizaciones que tiene un participante).		30/10/2024	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 y tematica del mes.	5%	30/10/2024	OK		
			9.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica.		30/10/2024	OK		
			9.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación		30/10/2024	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	3%	30/10/2024	OK		
			10.2. Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes		30/10/2024	OK		
				TOTAL	100%			

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	SANDRA YACKELIN PINZON SALCEDO
C.C.	1030549541

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	MARGARITA MORALES
C.C.	52356915

V°B°

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	SANDRA YACKELIN PINZON SALCEDO
IDENTIFICACIÓN:	CC-1030549541
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2024-10-21
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2024-10-18
FECHA DE PAGO:	2024-10-18
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERÍODO PENSIÓN:	2024-09
PERÍODO SALUD:	2024-09
NÚMERO PLANILLA:	8633030691
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	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 1.100	$ 162.500	$ 163.600
231001	800227940	COLFONDOS	1	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 1.400	$ 208.000	$ 209.400
14-11	890903790	ARL SURA	1	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 100	$ 6.800	$ 6.900
CCF21	860013570	CAFAM	1	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 100	$ 7.800	$ 7.900
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 2.700	$ 385.100	$ 387.800

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	13/11/2024

Banco de Occidente

Punto pago

RECIBO DE PAGO

Fecha de pago: 18/10/2024 **Hora:** 09:19:47

Id Comercio: 20248 **No. Terminal:** 10757

Id Trx: 40603458 **Id Aut:** 032420

Comercio: PDP - KIOSCO-EXITO KENNEDY

Dirección: CRA 78 K 37 A 53 SUR

RECAUDO DE FACTURAS

TRANSACCIÓN EXITOSA

Convenio: PLANILLA ASISTIDA ASOPAGOS

Codigo convenio: 1139

Referencia de pago: 8630561058

Valor: $387.800.0

ORIGINAL

Corresponsal bancario para Banco de Occidente. La impresión de este tiquete implica su aceptación, verifique la información. Este es el único recibo oficial de pago. Requerimientos 018000 514652.

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

CUENTA DE COBRO No. 09

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 Octubre 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 Roció 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.

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO POR CARGO

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	SHIRLEY PAOLA VANEGAS PRADA
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECH	OCTUBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION OCTUBRE	9	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales **Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación y subidos al drive correspondiente del Grupo de Atencion**	**1.1** Planeación Grupal, con las cuatro planeaciones de las áreas correspondientes (Formato ICBF)	15%	30/10/2024	OK		
			1.2 Cartilla digital: i. Parte uno: conociendonos al 100% diligenciada, ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, iii Diligenciamiento de la parte dos: Priorización de Practicas, iv. Diligenciamiento de la movilizacion social: OCTUBRE Ser como niños 2.0		30/10/2024	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 drive correspondiente - de acuerdo al grupo etareo) - historica desde la primera atencion**	15%	30/10/2024	OK		
			2.2 Cronograma de visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/o ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente		30/10/2024	OK		
			2.3 Cartilla digital Parte uno: **i. Conociendonos al 100% diligenciada,** ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, iii. Seguimiento al desarrollo, escala de valoración iv. Parte 5 Seguimiento a situaciones de riesgo diligenciada v. Notas complementarias del 8 mes de atención		30/10/2024	OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida, tanto en fisico como en el drive y con la renombración correspondiente (50)	3.1 Formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF	5%	30/10/2024			EN PROCESO DE ACOMODACION, ACTUALIZACION Y DIGITALIZACION AL 100%
			3.2 Formato compromiso entrega de documentos a todos los participantes.		30/10/2024			
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo antes del 15 de cada mes sus Ingresos y egresos ____ durante el mes de OCTUBRE	4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes	15%	30/10/2024	OK		
			4.2 Soportes de egreso (con la aprobación de la coordinación)		30/10/2024	OK		
			4.3 Soportes de ingreso (soportes subidos al drive correspondiente: RC del participante, cédula del acudiente, recibo de servicio público de la vivienda, carnet vacunas, crecimiento y desarrollo, vinculsciona EPS y compromisos de acuerdo a los documentos pendientes)		30/10/2024	OK		
		5.Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios,Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.	5.1 Formato RAM	10%	30/10/2024	OK		
			5.2 Refrigerios		30/10/2024	OK		
			5.3 Formato RPP		30/10/2024	OK		
			5.4 Fotografias uno a uno de la entrega de RPP - en power Point		30/10/2024	OK		
			5.5 Formato de Bienestarina Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni enmendaduras		30/10/2024	OK		
		6.. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento	6.1 Formato de novedades en fisico por grupo de atencion (si aplica) y subido al drive	7%	30/10/2024	OK		
			6.2 Formato de compromiso de documentos con los seguimientos respectivos en fisico y subido al drive correspondiente del grupo de atención		30/10/2024	OK		
			6.3 Formatos de novedades y compromisos de entregas documentales firmado por los familias (formato APC)		30/10/2024	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 OCTUBRE__ (documento en fisico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante) i. Aplicación de la segunda toma de la escala para los ingresos de Abril ii. Primera aplicacion ingresos del mes julio y de meses anteriores, dependiendo la fecha de ingreso y la edad del niños quelos de 6 meses en adelante	15%	30/10/2024	OK		
			7.2 Socializacion de la escala ____ (participantes _____)		30/10/2024	OK		
		8. Apoyar el diligenciamiento de la caracterizacion de practicas de acuerdo con el F7	8.1 Realizar la caracterización correspondiente y diligenciar el F7 grupal con los participantes activos.	10%	30/10/2024	OK		
			8.2 Realizar la caracterización correspondiente y diligenciar el F7 individual con los activos.		30/10/2024	OK		
			8.3 Realizar la Priorización y semaforizacion de prácticas del 8 mes de atención para todos los participantes (dependiendo del mes de ingreso se determina la cantidad de la semaforizaciones que tiene un participante).		30/10/2024	OK		
		9. Generar espacios y ambientes enriquecidos que falciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS y a los microproyectos.	9.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS acorde al proyecto pedagogico del territorio y tematica del mes.	5%	30/10/2024	OK		
			9.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica.		30/10/2024	OK		
			9.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación		30/10/2024	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	3%	30/10/2024	OK		
			10.2. Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes		30/10/2024	OK		
				TOTAL	100%			

FIRMA CONTRATISTA	Shirley Paola Vanegas Prada
NOMBRE:	SHIRLEY PAOLA VANEGAS PRADA
C.C.	52769729

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	MARGARITA MORALES
C.C.	52358915

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52769729	SHIRLEY PAOLA VANEGAS PRADA	Cll 40 sur # 72d - 50	3118647601	paolavp2008@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-09	2024-09	I	15/10/2024	80492510	$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	900	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										
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 IGE, LMA, 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 AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52769729	SHIRLEY PAOLA VANEGAS PRADA	Cll 40 sur # 72d - 50	3118647601	paolavp2008@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	1 – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2024-09	2024-09	I	15/10/2024	80492510	$379.400

R COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE					INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
VANEGAS PRADA SHIRLEY PAOLA	59	0			N																	25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS005	1.300.000	162.500	14-11	1.300.000	1	6.800		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

PSE Transacción Aprobada - CUS 977407299

1 mensaje

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co> 12 de octubre de 2024, 12:33
Para: paolavp2008@gmail.com



¡Hola, SHIRLEY PAOLA VANEGAS PRADA!

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

Estado de la Transacción: **Aprobada**
CUS: 977407299
Empresa: COMPENSAR-OI
Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Valor de la Transacción: $ 379.400
Fecha de Transacción: 12/10/2024

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

CUENTA DE COBRO No. 09

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

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

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

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO POR CARGO

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	DIANA KATHERINE CONDE VALENCIA
CARGO	PSICOSOCIAL
PERIODO	OCTUBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION OCTUBRE	9	1. Verifica la existencia del registro civil de las niñas y los niños (y del documento de identidad de las mujeres gestantes). En los casos de no contarse, orienta y hace seguimiento de la familia y cuidadores y adelanta acciones ante la autoridad competente, según corresponda	1.1 Carpetas de los participantes - Base de las 7 atenciones unificada por UDS	5%	30/10/2024	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 área seleccionada , por profesional psicosocial)	2.1. Cartas de gestion con radicado y/o evidencia del correo enviado 2.2, Matriz de Gestión interistitucional octubre unificada por las 3 UDS	5%	30/10/2024	OK Colegio Periodistas Jardin Botanico		
		3. Validación criterios de focalizacion junto con el documento de identidad, de los nuevos ingresos,Octubre _____	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 coresponditentes 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%	30/10/2024	OK (12)		
		4. Realizacion procesos de caracterización, de ___ ingresos para Agosto de las Unidades delegadas en el territorio.	4.1 Registro de _____ Nuevos participantes, en el formato (f23.mo12.pp_formato_ficha_de_caracterizacion_para_los_servicios_de_atencion_a_la_primera_infancia_v2).	15%	30/10/2024	OK (12)		
		5. Procesos de Formación y cualificación al Talento Humano de acuerdo con el tema del Plan de Formacion al TH Temas: Celebraciónes y juego	5.1 Acta, Registro fotografico y Firmas	10%	30/10/2024	OK		
		6. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias, OCTUBRE (Escala de Valoración)	6.1 Planeación cargada al drive	10%	30/10/2024	OK		
			6.2 Realización de los 9 talleres, de las UAS delegadas		30/10/2024	OK		
			6.3. Registro fotografico.		30/10/2024	OK		
		7. Control Social y Proceso de buzon de sugerencias y control social, (proceso en compañía del comite de control Social).	7.1. Acta de apertura 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%	30/10/2024	OK		
		8.Seguimiento a poblacion migrante y desplazados.	8.1 Base excel poblacion migrante y desplazados, Formatos APC 1 por UDS	5%	30/10/2024	OK		
		9.Activacion de rutas según sea el caso	9.1 Formatos de seguimientos,remisiones. 9.2 Matriz de seguimiento a casos., Priorizados y remitidos (Formato APC) 9.3 Parte 5 Cuaderno Familiar	5%	30/10/2024	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%	30/10/2024	OK		
		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%	30/10/2024	OK		
		12.Seguimiento a casos de transito armonico	12.1 Realizar acta con la sensibilicacion y gestion de los casos que requieren orientacion para el trasito armonico 12.2 Base de tránsito armónico 1 por UDS	5%	30/10/2024	OK		
		13. Informe de gestión mensual en el formato F8 contractual y general de acciones	13. Formato de Informe – Enviado por Coordinación Drive 13.1 F8 de acciones i Datos de casos garantia de derechos ii Acciones realizadas de cualificacion iii Dificutades del componente en el mes 13.2 F8 contractual i Aportes a las obligaciones del componente	10%	30/10/2024	OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	DIANA KATHERINE CONDE VALENCIA
C.C.	1.030.661.794

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	MARGARITA MORALES
C.C.	52356915

V°B°

aportes en línea

Planilla Resumen

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09		9475206750	I	2024/10/23				

RESUMEN DE PAGO

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

2024/10/21 02:26 PM

¡Tu pago fue exitoso!

Número de autorización: 009816

Fecha y hora: 21/10/24 - 11:47

Planilla As Aportes En Linea

No. de planilla 9475206750

Valor	$ 377.300,00
Costo de la transacción	Gratis

El pago se realizó desde:

Cuenta de Ahorros

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

CUENTA DE COBRO No. 08

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

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

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO POR CARGO

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	GINA PAOLA MARTINEZ CASTRO
CARGO	PSICOSOCIAL
PERIODO	OCTUBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION OCTUBRE	9	1. Verifica la existencia del registro civil de las niñas y los niños (y del documento de identidad de las mujeres gestantes). En los casos de no contarse, orienta y hace seguimiento de la familia y cuidadores y adelanta acciones ante la autoridad competente, según corresponda	1.1 Carpetas de los participantes - Base de las 7 atenciones unificada por UDS	5%	30/10/2024	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 área seleccionada , por profesional psicosocial)	2.1. Cartas de gestion con radicado y/o evidencia del correo enviado 2.2. Matriz de Gestión interistitucional octubre unificada por las 3 UDS	5%	30/10/2024	OK Fundacion Éxito Cinemark		
		3. Validación criterios de focalizacion junto con el documento de identidad, de los nuevos ingresos,Octubre _____	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 coresponditentes 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%	30/10/2024	OK (13)		
		4. Realizacion procesos de caracterización, de ___ ingresos para Agosto de las Unidades delegadas en el territorio.	4.1 Registro de _____ Nuevos participantes, en el formato (f23.mo12.pp_formato_ficha_de_caracterizacion_para_los_servicios_de_atencion a la primera infancia v2).	15%	30/10/2024	OK (13)		
		5. Procesos de Formación y cualificación al Talento Humano de acuerdo con el tema del Plan de Formacion al TH Temas: Celebraciónes y juego	5.1 Acta, Registro fotografico y Firmas	10%	30/10/2024	OK		
		6. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias, OCTUBRE (Escala de Valoración)	6.1 Planeación cargada al drive	10%	30/10/2024	OK		
			6,2 Realización de los 9 talleres, de las UAS delegadas		30/10/2024	OK		
			6.3. Registro fotografico.		30/10/2024	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%	30/10/2024	OK		
		8.Seguimiento a poblacion migrante y desplazados.	8.1 Base excel poblacion migrante y desplazados, Formatos APC 1 por UDS	5%	30/10/2024	OK		
		9.Activacion de rutas segùn sea el caso	9.1 Formatos de seguimientos,remisiones. 9.2 Matriz de seguimiento a casos., Priorizados y remitidos (Formato APC) 9.3 Parte 5 Cuaderno Familiar	5%	30/10/2024	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%	30/10/2024	OK		
		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%	30/10/2024	OK		
		12.Seguimiento a casos de transito armonico	12.1 Realizar acta con la sensibilicacion y gestion de los casos que requieren orientacion para el trasito armonico 12.2 Base de tránsito armónico 1 por UDS	5%	30/10/2024	OK		
		13. Informe de gestión mensual en el formato F8 contractual y general de acciones	13. Formato de Informe – Enviado por Coordinación Drive 13.1 F8 de acciones i Datos de casos garantia de derechos ii Acciones realizadas de cualificacion iii Dificutades del componente en el mes 13.2 F8 contractual i Aportes a las obligaciones del componente	10%	30/10/2024	OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	GINA PAOLA MARTINEZ CASTRO
C.C.	52978862

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	MARGARITA MORALES
C.C.	52356915

V°B° EPMU

PAGOSIMPLE | Prefactura

Fecha creación reporte: 2024-10-23, 10:16:02 A. M. Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Periodo Cotización: septiembre de 2024 Periodo Servicio: septiembre de 2024

Número Planilla: 1066785592

Referencia pago(PIN): 8810491988

Fecha limite de pago: 2024-10-15

GUARDADA 23/09/2024

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 cc 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 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 siguient hábil.

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pension			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Administradora	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio
CC 52978862	MARTINEZ CASTRO GINA PAOLA	59	0																0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$1.300.000	$208.000	(EPS005) EPS SANITAS	$1.300.000	$182.500	(14-11) ARL SURA	$1.300.000	$6.800	(CCF24) COMPENSAR CCF	$1.300.000	$7.800	$0	$0	$0	$0

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes FSP	Aportes FSS	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes SENA	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	Incapacidades, Licencias,	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE	TOTAL INTERESES	TOTAL
$1.300.000	$1.300.000	$1.300.000	$1.300.000	$208.000	$0	$0	$182.500	$6.800	$7.800	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$385.100	$0	

IV. INFORMACION

Día hábil de pago sin mora
10

Periodo de cotización salud											
Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciemb
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Centro de Servicios Cafam - Supermercados Colsubsidio

88881049198800000000991231

Mibanco - Corresponsables AKI - Supermercados Comfandi

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

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

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

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

¡El Poder de lo SIMP


Listo
Finalizaste tu pago
Volver al comercio
Imprimir comprobante
BBVA
Pago exitoso
$387.500,00
Producto o servicio
Pago de Seguridad Social SIMPLE OI
Pagaste con
Cuenta de Ahorros *3798
Código de confirmación (CUS)
IP
186.28.105.73

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

CUENTA DE COBRO No. 08

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 Octubre 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

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	NATALY SARMIENTO SUAREZ
CARGO	NUTRICIONISTA
PERIODO y FECHA	OCTUBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISIÓN	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCIÓN OCTUBRE	9	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias como se establece en Cronograma de Capacitación, de acuerdo con la propuesta de cada Nutricionista por territorio. Octubre 1.1. Estrategia IEC: Nutrientes críticos y Suplementación en Primera Infancia (resolución 3280) 1.2. Promocion de la lactancia materna: ¿Como afecta el Bajo peso y Exceso de peso en la gestación y la lactancia?	1.1 Planeación cargada al drive 1.2 Realización de los talleres, de las UAS delegadas 1.3 Acta de proceso con listados de asistencias en físico y digital, promocio en la unidad 1.4. Registro fotografico.	15%	30/10/2024	OK		
		2. Cualificación al Talento Humano, según Cronograma de estrategia IEC Temas de Octubre 2.1. Estrategia IEC: Nutrientes críticos y Suplementación en Primera Infancia (resolución 3280) 2.2. Promocion de la lactancia materna: ¿Como afecta el Bajo peso y Exceso de peso en la gestación y la lactancia? 2.3 Aplicación de Taller de Verificación y Chequeo de la aplicación del Plan de Saneamiento Basico.	2.1 Planeación cargada al drive 2.2 Acta de proceso con listados de asistencias en físico y digital. 2.3 Registro Fotografico	10%	30/10/2024	OK		
		3. Tamizaje a participantes nuevos en el mes: son_____	3.1. Formato F11 y 16 tamizaje ingresos nuevos Octubre	20%	30/10/2024	OK (13) (11 NN Y 2 G)		
		4. Cargar a la plataforma Cuéntame los datos correspondientes a las tomas iniciales, de los _____ ingresos del mes.	4. Descargue del excel , generado en aplicativo CUENTAME, donde se encuentren filtrados los participantes ingresados maximo 8 días despues del ingreso. 4.1 Actualización formato F11 4.2 Actualizacion formato F16	5%	30/10/2024	OK (13) (11 NN Y 2 G)		
		5. Seguimiento Nutricional a Casos (Casos Evento 113, Casos de Desnutrición reporte cuentame y Casos de Riesgo de desnutrición aguda reporte cuentame)	Casos Desnutrición: 5.1. Correo electrónico EAPB 5.2. PQR a la EAPB 5.3. Remisión a la familia (Formato APC) 5.4. Seguimiento Nutricional (Formato APC) Casos Riesgos de Desnutrición Aguda Zscore -1.8 (priorización para encuentro en el hogar) 5.5. Matriz de seguimiento a casos 5.6. Seguimiento cartilla encuentros en el hogar (Parte 5) Evento 113: De acuerdo a las solicitudes del CZ los casos que desde la secretaria de salud sean identificados y notificados como desnutrición aguda, deberan contar con seguimiento y acercamiento a las familias para la validación de servicios recibidos por la EAPB, tales como: 5.7. Entrega de FTLC; 5.8. Consulta de CYD; nutrición, pediatría, examentes complementarios. 5.9. La información recibida debera registrarse en formato de acta APC anexando los soportes que la familia entregue.	20%	30/10/2024	OK		
		6. Acompañar y apoyar la entrega de RFPP, Refrigerios y Bienestarina .	6.Formatos: 6.1. Formato de Verificación de calidad y cantidad de productos RPP 6.2. Acta de verificacion de la RPP con el comite de control social en compañia de la Psicosocial 6.3. Presencia en el espacio	5%	30/10/2024	OK		
		7. Acompañar, verificar y apoyar PSB y BPM.	7.Formatos: 7.1. Formatos de limpieza y desinfeccion 7.2 Actualizacion de PSB 7.3 Actualizacion de BPM	5%	30/10/2024	OK		
		8. Verificacion y seguimiento equipos Metrologia	8.1 Realizar la actualizacion de las hojas de vida de los equipos de metrología y sus verificaciones intermedias y segun aplique	5%	30/10/2024	OK		
		9. Seguimiento BOTIQUIN	9.1 Realizar verificacion de los insumos del Botiquin	5%	30/10/2024	OK		
		10. Informe de gestión mensual en el formato F8 contractual y general de accioes	10. Formato de Informe – Enviado por Coordinación Drive 10.1 F8 de acciones i Datos de casos con malnutricion ii Acciones realizadas de cualificacion iii Dificutades del componente en el mes 10.2 F8 contractual i Aportes a las obligaciones del componente	10%	30/10/2024	OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Nataly Sarmiento Suárez
NOMBRE:	NATALY SARMIENTO SUAREZ
C.C.	1031139309

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	MARGARITA MORALES
C.C.	52356915

VBº ERMV

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 1031139309		SARMIENTO SUAREZ NATALY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DIA 45 SUR N 23-20 BLOQ 18 APT 335	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8026313	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	971022399	9473823758	I	2024/10/03	2024/10/09	BANCO CAJA SOCIAL	6	$529,400

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)					$1,600,000	$256,000			$1,600,000	$200,000			$1,600,000	$32,000			$1,600,000	$39,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,600,000	$256,000			$1,600,000	$200,000			$1,600,000	$32,000			$1,600,000	$39,000		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,600,000	$256,000			$1,600,000	$200,000			$1,600,000	$32,000			$1,600,000	$39,000		$0	$0
1	CC 1031139309	SARMIENTO NATALY	230201	30	$1,600,000	$256,000	EPS005	30	$1,600,000	$200,000	CCF24	30	$1,600,000	$32,000	14-23	30	$1,600,000	$39,000	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,600,000	$256,000			$1,600,000	$200,000			$1,600,000	$32,000			$1,600,000	$39,000		$0	$0

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	971022399	9473823758	1	2024/10/03	2024/10/09	BANCO CAJA SOCIAL	6	$529,400

RESUMEN DE PAGO

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

PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA



¡Hola, Nataly sarmiento !

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: 971022399
Empresa: APORTES EN LINEA
Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9473823758
Valor de la Transacción: $ 529.400
Fecha de Transacción: 09/10/2024

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

CUENTA DE COBRO No. 09

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 Octubre 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: 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.

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO POR CARGO

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	LAURA SOFIA ALARCON ARBELAEZ
CARGO	NUTRICIONISTA
PERIODO y FECHA	OCTUBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISIÓN	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCIÓN OCTUBRE	9	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias como se establece en Cronograma de Capacitación, de acuerdo con la propuesta de cada Nutricionista por territorio. Octubre 1.1. Estrategia IEC: Nutrientes críticos y Suplementación en Primera infancia (resolución 3280) 1.2. Promocion de la lactancia materna: ¿Como afecta el Bajo peso y Exceso de peso en la gestación y la lactancia?	1.1 Planeación cargada al drive 1.2 Realización de los talleres, de las UAS delegadas 1.3 Acta de proceso con listados de asistencias en físico y digital, promocio en la unidad 1.4. Registro fotografico.	15%	30/10/2024	OK		
		2. Cualificación al Talento Humano, según Cronograma de estrategia IEC Temas de Octubre 2.1. Estrategia IEC: Nutrientes críticos y Suplementación en Primera infancia (resolución 3280) 2.2. Promocion de la lactancia materna: ¿Como afecta el Bajo peso y Exceso de peso en la gestación y la lactancia? 2.3 Aplicación de Taller de Verificación y Chequeo de la aplicación del Plan de Saneamiento Basico.	2.1 Planeación cargada al drive 2.2 Acta de proceso con listados de asistencias en físico y digital. 2.3 Registro Fotografico	10%	30/10/2024	OK		
		3. Tamizaje a participantes nuevos en el mes: son_____	3.1. Formato F11 y 16 tamizaje ingresos nuevos Octubre	20%	30/10/2024	OK (12) (10 NN Y 2 G)		
		4. Cargar a la plataforma Cuéntame los datos correspondientes a las tomas iniciales, de los _____ ingresos del mes.	4. Descargue del excel , generado en aplicativo CUENTAME, donde se encuentren filtrados los participantes ingresados maximo 8 días despues del ingreso. 4.1 Actualización formato F11 4.2 Actualizacion formato F16	5%	30/10/2024	OK (12) (10 NN Y 2 G)		
		5. Seguimiento Nutricional a Casos (Casos Evento 113, Casos de Desnutrición reporte cuentame y Casos de Riesgo de desnutrición aguda reporte cuentame)	Casos Desnutrición: 5.1. Correo electrónico EAPB 5.2. PQR a la EAPB 5.3. Remisión a la familia (Formato APC) 5.4. Seguimiento Nutricional (Formato APC) Casos Riesgos de Desnutrición Aguda Zscore -1.8 (priorización para encuentro en el hogar) 5.5. Matriz de seguimiento a casos 5.6. Seguimiento cartilla encuentros en el hogar (Parte 5) Evento 113: De acuerdo a las solicitudes del CZ los casos que desde la secretaría 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, examentes complementarios. 5.9. La información recibida debera registrarse en formato de acta APC anexando los soportes que la famila entregue.	20%	30/10/2024	OK		
		6. Acompañar y apoyar la entrega de RFPP, Refrigerios y Bienestarina .	6.Formatos: 6.1. Formato de Verificación de calidad y cantidad de productos RPP 6.2. Acta de verificacion de la RPP con el comite de control social en compañia de la Psicosocial 6.3. Presencia en el espacio	5%	30/10/2024	OK		
		7. Acompañar, verificar y apoyar PSB y BPM.	7.Formatos: 7.1. Formatos de limpieza y desinfeccion 7.2 Actualizacion de PSB 7.3 Actualizacion de BPM	5%	30/10/2024	OK		
		8. Verificacion y seguimiento equipos Metrologia	8.1 Realizar la actualizacion de las hojas de vida de los equipos de metrología y sus verificaciones intermedias y segun aplique	5%	30/10/2024	OK		
		9. Seguimiento BOTIQUIN	9.1 Realizar verificacion de los insumos del Botiquin	5%	30/10/2024	OK		
		10. Informe de gestión mensual en el formato F8 contractual y general de accioes	10. Formato de Informe – Enviado por Coordinación Drive 10.1 F8 de acciones i Datos de casos con malnutricion ii Acciones realizadas de cualificacion iii Dificutades del componente en el mes 10.2 F8 contractual i Aportes a las obligaciones del componente	10%	30/10/2024	OK		
				TOTAL 100%				

FIRMA CONTRATISTA	Sofia Alarcon
NOMBRE:	LAURA SOFIA ALARCON ARBELAEZ
C.C.	1000794222

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	MARGARITA MORALES
C.C.	52356915

VoBo CAMU

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1000794222	LAURA SOFIA ALARCON ARBELAEZ		Av cll 63 # 73 a 31 apto 601 trr A	3052355371	lalarconarbelaez@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2024-09	2024-09	1	07/10/2024	80451460	$440.300	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	189.600	0		0		0	0	0	0	189.600	1

TOTALES PENSIÓN

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

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	8.000				8.000	0	0	8.000			80	8.000	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	189.600	189.600
Pensión	1	242.700	242.700
Riesgos Laborales	1	8.000	8.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	440.300	440.300

PAGADA

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

Outlook

Pago exitoso

Desde NEQUI <somos@nequi.com.co>
Fecha Dom 6/10/2024 10:04 AM
Para lalarconarbelaez@gmail.com <lalarconarbelaez@gmail.com>



¡Pago exitoso!

Hiciste un pago en COMPENSAR-OI por $440.300,00
Fecha: El 6 de octubre de 2024
Hora: 10:04 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: OCTUBRE Día: 30 Año: 2024

CUENTA DE COBRO No. 09

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2024-DIMFPERIODISTAS-CON016

NOMBRE: ANYELA PATRICIA VELASQUEZ GUTIERREZ
CEDULA: 52.792.170
CUENTA BANCARIA: 275478741 BANCO: BOGOTA AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: ($2.211.631) DOS MILLONES DOSCIENTOS ONCE MIL SEISCIENTOS TREINTA Y UN PESO M/CTE.
PERIODO: Fase Atención Octubre 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 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,
Anyela Patricia Velásquez G
NOMBRE: Anyela Patricia Velásquez Gutiérrez
C.C. 52.792.170
Correo: pattyy_8014@hotmail.com
Dirección: Kr 109 A 69 B 60
Teléfono: 3178448463 / 3103409166

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

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

PROGRAMA	DIVF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	ANYELA PATRICIA VELASQUEZ GUTIERREZ
CARGO	APOYO PEDAGOGICO UDS
PERIODO y FECHA	OCTUBRE

					APOYO PEDAGOGICO :			
FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION OCTUBRE	9	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales **Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación y subidos al drive correspondiente del Grupo de Atencion**	1.1 Planeación Grupal, con las cuatro planeaciones de las áreas correspondientes (Formato ICBF)	30%	30/10/2024	OK		
			1.2 **Cartilla digital**: i. Parte uno: conociendonos al 100% diligenciada, ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, iii Diligenciamiento de la parte dos: Priorización de Practicas, iv. Diligenciamiento de la movilizacion social: OCTUBRE Ser como niños 2.0			OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF) **Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación, tener en cuenta lo planeado en los microproyectos**	2.1. **Planeacion Encuentro en el hogar (1 por cada participante - cargada en en el cuaderno digital en el drive correspondiente - de acuerdo al grupo atarec) - historica desde la primera atencion**	15%	30/10/2024	OK		
			2.2 Cronograma de visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/o ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente.			OK		
			2.3 Cartilla digital Parte uno: i. Conociendonos al 100% diligenciada, ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, iii. Seguimiento al desarrollo, escala de valoración iv. Parte 5 Seguimiento a situaciones de riesgo diligenciada v. Notas complementarias del 8 mes de atención			OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en fisico como en drive (50)	Actualización de los nuevos participantes 3.1 Seguimiento mediante la **lista de chequeo formato version 2** de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante	10%	30/10/2024			EN PROCESO DE ACOMODACION, ACTUALIZACION Y DIGITALIZACION AL 100%
			3.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA					
			3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA _					
			3.4 Archivo Fisico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpotas)					
			3.5 Formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF					
			3.6 Formato compromiso entrega de documentos a todos los participantes.					
		4. Entrega y socializacion de las escalas	4.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que aplique para el mes OCTUBRE__ (documento en fisico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante) I. Aplicacion de la segunda toma de la escala para los ingresos de Abril ii. Primera aplicacion ingresos del mes julio y de meses anteriores, dependiendo la fecha de ingreso y la edad del niños quelos de 6 meses en adelante	5%	30/10/2024	OK		
			4.2 Socializacion de la escala ____ Aplicada el mes pasado, es decir Ingresos septiembre)		30/10/2024	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 atencion	10%		OK		
		6. Formato de ficha de caracterización de practicas y acciones f7	6.1 Apoyar en los Archivos de excel de practicas (1 x UA) participantes nuevos 1 unificado por los 50 participantes.	7%		OK		
			6.2 Apoyar la priorización de prácticas del 8 mes de atención			OK		
		7. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faliciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	7.1 Ambietación de espacios fisicos de la UDS que se sean asignados.	20%	30/10/2024	OK		
			7.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógicos.			OK		
			7.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación.-			OK		
			7.4 Asegurar y mantener el orden y la limpieza.		30/10/2024	OK		
		8. Participar y apoyar en las dinamicas relacionadas con la operación.	8.1.Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes	5%		OK		
		TOTAL		100%				

FIRMA CONTRATISTA	Anyela Patricia Velasquez
NOMBRE:	ANYELA PATRICIA VELASQUEZ GUTIERREZ
C.C.	52792170

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	MARGARITA MORALES
C.C.	52356915

VoBo MM

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2024-09	2024-09	1000001421	9474865072	I	2024/10/17	2024/10/15	BANCO DE BOGOTA	0	$377,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0
1	CC 52792170	VELASQUEZ ANYELA	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS008	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-11	30	$1,300,000	$6,800	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	1000001421	9474865072	I	2024/10/17	2024/10/15	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

¡Tu pago fue exitoso!

Número de autorización: 002098

Fecha y hora: 12/10/24 - 10:30

Planilla As Aportes En Linea

No. de planilla 9474865072

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: OCTUBRE Día: 30 Año: 2024

CUENTA DE COBRO No. 07

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 OCTUBRE 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 Roció 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.

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

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	JENIFER CONTRERAS
CARGO	APOYO PEDAGOGICO UDS
PERIODO y FECHA	OCTUBRE

					APOYO PEDAGOGICO :			
FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION OCTUBRE	9	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales **Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación y subidos al drive correspondiente del Grupo de Atencion**	1.1 Planeación Grupal, con las cuatro planeaciones de las áreas corespondientes (Formato ICBF)	30%	30/10/2024	OK		
			1.2 **Cartilla digital:** i. Parte uno: conociendonos al 100% diligenciada, ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, iii Diligenciamiento de la parte dos: Priorización de Practicas, iv. Diligenciamiento de la movilizacion social: OCTUBRE Ser como niños 2.0			OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF) **Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación, tener en cuenta lo planeado en los microproyectos**	2.1. **Planeacion Encuentro en el hogar (1 por cada participante - cargada en en el cuaderno digital en el drive correspondiente - de acuerdo al grupo etareo) - historica desde la primera atencion**	15%	30/10/2024	OK		
			2.2 Cronograma de visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/o ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente.			OK		
			2.3 Cartilla digital Parte uno: i. Conociendonos al 100% diligenciada, ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, iii. Seguimiento al desarrollo, escala de valoración iv. Parte 5 Seguimiento a situaciones de riesgo diligenciada v. Notas complementarias del 8 mes de atención			OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en físico como en drive (50)	Actualización de los nuevos participantes **3.1** Seguimiento mediante la lista de chequeo **formato version 2** de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante	10%	30/10/2024			EN PROCESO DE ACOMODACION, ACTUALIZACION Y DIGITALIZACION AL 100%
			3.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA					
			3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA _					
			3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas)					
			3.5 Formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF					
			3.6 Formato compromiso entrega de documentos a todos los participantes.					
		4. Entrega y socializacion de las escalas	4.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que aplique para el mes OCTUBRE__ (documento en fisico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante) i. Aplicacion de la segunda toma de la escala para los ingresos de Abril ii. Primera aplicacion ingresos del mes julio y de meses anteriores, dependiendo la fecha de ingreso y la edad del niños quelos de 6 meses en adelante	5%	30/10/2024	OK		
			4.2 Socializacion de la escala ____ Aplicada el mes pasado, es decir ingresos septiembre)		30/10/2024	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 presentan en los encuentros por grupo de atencion	10%		OK		
		6. Formato de ficha de caracterización de practicas y acciones f7	6.1 Apoyar en los Archivos de excel de practicas (1 x UA) participantes nuevos 1 unificado por los 50 participantes.	7%		OK		
			6.2 Apoyar la priorización de prácticas del 8 mes de atención		30/10/2024	OK		
		7. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faciliten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	7.1 Ambietación de espacios fisicos de la UDS que se sean asigandos.	20%		OK		
			7.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica.			OK		
			7.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación.-			OK		
			7.4 Asegurar y mantener el orden y la limpieza.		30/10/2024	OK		
		8. Participar y apoyar en las dinamicas relacionadas con la operación.	8.1 Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes	3%		OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Jenifer contreras
NOMBRE:	JENIFER CONTRERAS
C.C.	1003602668

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	MARGARITA MORALES
C.C.	52356015

V°B°

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 1030602668		CONTRERAS YATE JENIFER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 525 UR N 97C - 20	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3234689889	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	56128777	9474818923	I	2024/10/16	2024/10/15	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

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 1030602668		CONTRERAS YATE JENIFER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 525 UR N 97C - 20	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3234689889	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	56128777	9474818923	I	2024/10/16	2024/10/15	BANCO DE OCCIDENTE	0	$377,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	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 1030602668	CONTRERAS JENIFER	25-14	30	$1,300,000	$208,000	EPS017	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-11	30	$1,300,000	$6,800	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	**$6,800**		$0	$0

2024/10/15 10:38 AM



Jenifer Cordoba
Yate



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

CUENTA DE COBRO No. 010

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2024-DIMFPERIODISTAS-CON011

NOMBRE: LUZ MARINA DIAZ CORREDOR
CEDULA: 51.746.897
CUENTA BANCARIA: 060375912 BANCO: BOGOTA AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: ($2.211.631) DOS MILLONES DOSCIENTOS ONCE MIL SEISCIENTOS TREINTA Y UN PESOS M/Cte.
PERIODO: Fase Atención OCTUBRE 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 oncemil 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 Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Luz Marina Diaz Corredor.
NOMBRE: Luz Marina Díaz 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.

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

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	LUZ MARINA DIAZ CORREDOR
CARGO	APOYO PEDAGOGICO UDS
PERIODO y FECHA	OCTUBRE

					APOYO PEDAGOGICO :			
FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION OCTUBRE	9	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales **Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación y subidos al drive correspondiente del Grupo de Atencion**	1.1 Planeación Grupal, con las cuatro planeaciones de las áreas correspondientes (Formato ICBF)	30%	30/10/2024	OK		
			1.2 **Cartilla digital:** I. Parte uno: conociendonos al 100% diligenciada, ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, iii Diligenciamiento de la parte dos: Priorización de Practicas, iv. Diligenciamiento de la movilizacion social: OCTUBRE Ser como niños 2.0			OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF) **Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación, tener en cuenta lo planeado en los microproyectos**	2.1. **Planeacion Encuentro en el hogar (1 por cada participante - cargada en en el cuaderno digital en el drive correspondiente - de acuerdo al grupo etareo) - historica desde la primera atencion**	15%	30/10/2024	OK		
			2.2 Cronograma de visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/o ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente.			OK		
			2.3 Cartilla digital Parte uno: I. Conociendonos al 100% diligenciada, ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, iii. Seguimiento al desarrollo, escala de valoración iv. Parte 5 Seguimiento a situaciones de riesgo diligenciada v. Notas complementarias del 8 mes de atención			OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en fisico como en drive (50)	Actualización de los nuevos participantes 3.1 Seguimiento mediante la **lista de chequeo formato version 2** de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante	10%	30/10/2024			EN PROCESO DE ACOMODACION, ACTUALIZACION Y DIGITALIZACION AL 100%
			3.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA					
			3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA _					
			3.4 Archivo Fisico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas)					
			3.5 Formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF					
			3.6 Formato compromiso entrega de documentos a todos los participantes.					
		4. Entrega y socializacion de las escalas	4.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que aplique para el mes OCTUBRE__ (documento en fisico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante) I. Aplicacion de la segunda toma de la escala para los ingresos de Abril ii. Primera aplicacion ingresos del mes julio y de meses anteriores, dependiendo la fecha de ingreso y la edad del niños quelos de 6 meses en adelante	5%	30/10/2024	OK		
			4.2 Socializacion de la escala ____ Aplicada al mes pasado, es decir ingresos septiembre)			OK		
		5. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento	5.1 Apoyar en el seguimiento de novedades de inasistencia, casos de estados de salud, puerperios, hechos de violencias y demás que se presenten en los encuentros por grupo de atencion	10%	30/10/2024	OK		
		6. Formato de ficha de caracterización de practicas y acciones f7	6.1 Apoyar en los Archivos de excel de practicas (1 x UA) participantes nuevos 1 unificado por los 50 participantes.	7%		OK		
			6.2 Apoyar la priorización de prácticas del 8 mes de atención			OK		
		7. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faciliten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	7.1 Ambletación de espacios físicos de la UDS que se sean asignados.	20%	30/10/2024	OK		
			7.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica.			OK		
			7.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación.-			OK		
			7.4 Asegurar y mantener el orden y la limpieza.		30/10/2024	OK		
		8. Participar y apoyar en las dinamicas relacionadas con la operación.	8.1.Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes	3%		OK		
		TOTAL		100%				

FIRMA CONTRATISTA	Luz Marina Diaz
NOMBRE:	LUZ MARINA DIAZ CORREDOR
C.C.	51.746.897

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	MARGARITA MORALES
C.C.	52.356.915

Luz Marina

Scotiabank COLPATRIA

Punto de pago

RECIBO DE PAGO

Fecha de venta: 17/10/24 **Hora:** 03:25:43 p.m.

Id comercio: 13496 **No. Terminal:** 2053

Id Trx: 40523341 **Id Aut:** 997701

Comercio: PDP BOGOTA PLAZA DE LAS AMERICAS

Dirección: CRA 78 35 07

RECAUDO PSP

TRANSACCIÓN EXITOSA

Convenio: COMPENSAR MI PLANILLA

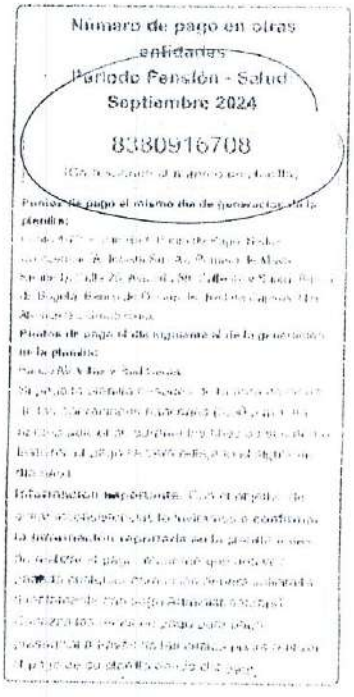
referencia: 8380916708

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.





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: 80916708

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	80916708
Fecha pago	2024-10-18
Número de autorización pago	1814579
Banco	1083

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

PAGADA

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

80916708

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

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008		0	0	0	0	0	86400	0	0	0	0
EPS008	25-14	1300000	1300000	1300000	0	162500	0	208000	0	6800	0

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

CUENTA DE COBRO No. 08

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2024-DIMFPERIODISTAS-CON014

NOMBRE: MARTHA CECILIA GARZON
CEDULA: 51.930.281
CUENTA BANCARIA: 132163429 BANCO: BOGOTA AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: ($2.211.631) DOS MILLONES DOSCIENTOS ONCE MIL SEISCIENTOS TREINTA Y UN PESOS M/Cte.
PERIODO: Fase Atención: OCTUBRE 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 Rocio Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,
Martha C Garzon.
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.

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

PROGRAMA	DIMF G ESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	MARTHA CECILIA GARZON
CARGO	APOYO PEDAGOGICO UDS
PERIODO y FECHA	OCTUBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	APOYO PEDAGOGICO: FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION OCTUBRE	9	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales **Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación y subidos al drive correspondiente del Grupo de Atencion**	**1.1 Planeación Grupal**, con las cuatro planeaciones de las áreas correspondientes **(Formato ICBF)**	30%	30/10/2024	OK		
			1.2 Cartilla digital: i. Parte uno: conociendonos al 100% diligenciada. ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, iii Diligenciamiento de la parte dos: Priorización de Practicas. iv. Diligenciamiento de la movilizacion social: OCTUBRE Ser como niños 2.0			OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF) **Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación, tener en cuenta lo planeado en los microproyectos**	2.1. **Planeacion Encuentro en el hogar** (1 por cada participante - cargada en en el cuaderno digital en el drive correspondiente - de acuerdo al grupo etareo) - historica desde la primera atencion	15%	30/10/2024	OK		
			2.2 Cronograma de visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/o ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente.			OK		
			2.3 Cartilla digital Parte uno: i. Conociendonos al 100% diligenciada, ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, iii. Seguimiento al desarrollo, escala de valoración iv. Parte 5 Seguimiento a situaciones de riesgo diligenciada v. Notas complementarias del 8 mes de atención			OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en fisico como en drive (50)	Actualización de los nuevos participantes 3.1 Seguimiento mediante la **lista de chequeo formato version 2** de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante	10%	30/10/2024			EN PROCESO DE ACOMODACION ACTUALIZACION Y DIGITALIZACION AL 100%
			3.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA					
			3.3 Digitalización de cada uno de los documentos de los participantes del GA _					
			3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas)					
			3.5 Formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF					
			3.6 Formato compromiso entrega de documentos a todos los participantes.					
		4. Entrega y socializacion de las escalas	4.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que aplique para el mes OCTUBRE__ (documento en fisico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante) i. Aplicacion de la segunda toma de la escala para los ingresos de Abril ii. Primera aplicacion ingresos del mes julio y de meses anteriores, dependiendo la fecha de ingreso y la edad del niños quelos de 6 meses en adelante	5%	30/10/2024	OK		
			4.2 Socializacion de la escala ____ Aplicada el mes pasado. es decir ingresos septiembre)		30/10/2024	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 atencion	10%		OK		
		6. Formato de ficha de caracterización de practicas y acciones f7	6.1 Apoyar en los Archivos de excel de practicas (1 x UA) participantes nuevos 1 unificado por los 50 participantes.	7%		OK		
			6.2 Apoyar la priorización de prácticas del 8 mes de atención			OK		
		7. Generar espacios y ambientes enriquecidos que falciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	7.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS que se sean asigandos.	20%	30/10/2024	OK		
			7.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica.			OK		
			7.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación.-			OK		
			7.4 Asegurar y mantener el orden y la limpieza.		30/10/2024	OK		
		8. Participar y apoyar en las dinamicas relacionadas con la operación.	8.1.Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes	5%		OK		
		TOTAL		100%				

FIRMA CONTRATISTA	Martha C Garzón
NOMBRE:	MARTHA CECILIA GARZON
C.C.	51930269

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	MARGARITA MORALES
C.C.	52356915

V°B°

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
Teléfono: 2301113
Correo: marisag14@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 80264357

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	MARTHA CECILIA GARZON
Tipo y número de identificación	CC51930289
Número de planilla	80264357
Fecha pago	2024-10-16
Número de autorización pago	1813460
Banco	1083

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

PAGADA
80264357

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	6800	1
230201	Proteccion (ING + 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

COMPENSAR
NIT 860066942-7
RECAUDO MIPLANILLA

FECHA Y HORA TRANSACCIÓN: 2024/10/16 - 11:38 a. m.
DOCUMENTO: CC 51930289
NOMBRE USUARIO:
MARTHA CECILIA GARZON
MODULO: KENPAR01
ID PAGO:41471461
.
.
.
NO PLANILLA: 8380264357
PERIODO DE PAGO: septiembre
VALOR PAGADO: $ 377300

.
.
.

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

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

CUENTA DE COBRO No. 3

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

NOMBRE: **WUILFRAN VEGA ARIAS**
CEDULA: **80.759.821 DE BOGOTA**
CUENTA BANCARIA: 191234053, BANCO: BOGOTÁ 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 OCTUBRE 2024

CONCEPTO: Apoyo Pedagógico DIMF Kennedy Gestando Futuro Periodistas 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:

Diana Margarita Morales Arrieta
Coordinador
C.C. 52.356.915

Aprobado por:

Ana Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

WUILFRAN VEGA ARIAS
NOMBRE: WUILFRAN VEGA ARIAS
C.C. 80.759.821
Correo: apcfrankvega2023@gmail.com
Dirección: Calle 132ª 152 47
Teléfono: 3143373937

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

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

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	WUILFRAN VEGA ARIAS
CARGO	APOYO PEDAGOGICO UDS
PERIODO y FECHA	OCTUBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	APOYO PEDAGOGICO : FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION OCTUBRE	9	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales **Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación y subidos al drive correspondiente del Grupo de Atencion**	1.1 Planeación Grupal, con las cuatro planeaciones de las áreas correspondientes (Formato ICBF)	30%	30/10/2024	OK		
			1.2 Cartilla digital: i. Parte uno: conociendonos al 100% diligenciada, ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, iii Diligenciamiento de la parte dos: Priorización de Practicas, iv. Diligenciamiento de la movilizacion social: OCTUBRE Ser como niños 2.0			OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF) **Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación, tener en cuenta lo planeado en los microproyectos**	2.1. Planeacion Encuentro en el hogar (1 por cada participante - cargada en en el cuaderno digital en el drive correspondiente - de acuerdo al grupo etareo) - historica desde la primera atencion	15%	30/10/2024	OK		
			2.2 Cronograma de visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/o _____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente.			OK		
			2.3 Cartilla digital Parte uno: i. Conociendonos al 100% diligenciada, ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, iii. Seguimiento al desarrollo, escala de valoración iv. Parte 5 Seguimiento a situaciones de riesgo diligenciada v. Notas complementarias del 8 mes de atención			OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en fisico como en drive (50)	Actualización de los nuevos participantes 3.1 Seguimiento mediante **la lista de chequeo formato version 2** de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante.	10%	30/10/2024			EN PROCESO DE ACOMODACION, ACTUALIZACION Y DIGITALIZACION AL 100%
			3.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA					
			3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA _					
			3.4 Archivo Fisico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas)					
			3.5 Formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF					
			3.6 Formato compromiso entrega de documentos a todos los participantes.					
		4. Entrega y socializacion de las escalas	4.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que aplique para el mes OCTUBRE___ (documento en fisico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante) i. Aplicacion de la segunda toma de la escala para los ingresos de Abril ii. Primera aplicacion ingresos del mes julio y de meses anteriores, dependiendo la fecha de ingreso y la edad del niños quelos da 6 meses en adelante	5%	30/10/2024	OK		
			4.2 Socializacion de la escala: ____ Aplicada el mes pasado, es decir ingresos septiembre)		30/10/2024	OK		
		5. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripe, o falta de algun documento	5.1 Apoyar en el seguimiento de novedades de inasistencia, casos de estados de salud, puerperios, hechos de violencias y demás que se presenten en los encuentros por grupo de atencion	10%		OK		
		6. Formato de ficha de caracterización de practicas y acciones f7	6.1 Apoyar en los Archivos de excel de practicas (1 x UA) participantes nuevos 1 unificado por los 50 participantes.	7%		OK		
			6.2 Apoyar la priorización de prácticas del 8 mes de atención			OK		
		7. Generar espacios y ambientes enriquecidos que falliciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	7.1 Ambietación de espacios físicos de la UDS que se sean asigandos.	20%	30/10/2024	OK		
			7.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica.			OK		
			7.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación.-			OK		
			7.4 Asegurar y mantener el orden y la limpieza.		30/10/2024	OK		
		8. Participar y apoyar en las dinamicas relacionadas con la operación.	8.1 Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes	3%		OK		
		TOTAL		100%				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	WUILFRAN VEGA ARIAS
C.C.	80759821

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	MARGARITA MORALES
C.C.	52.356.915

VoBo EMW

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80759821		VEGA ARIAS WUILFRAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 132a # 152 - 47	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5375360	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10	997140729	9473965198	I	2024/10/05	2024/10/22	BANCOLOMBIA	0	$408,600

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)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$26,000			$1,300,000	$6,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$26,000			$1,300,000	$6,800		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$26,000			$1,300,000	$6,800		$0	$0
1	CC 80759821	VEGA WUILFRAN	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS008	30	$1,300,000	$162,500	CCF24	30	$1,300,000	$26,000	14-11	30	$1,300,000	$6,800	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$26,000			$1,300,000	$6,800		$0	$0

Compra online APORTES EN LINEA

Nro. de recibo:	9473965198
Descripción del pago:	Pago de la Planilla de aportes con clave: 9473965198
Identificación del contribuyente:	191.108.35.25
Concepto:	CC
Razón Social:	80759821
Nro. de comprobante:	**0000023735**
Valor pagado:	**$ 408,600.00**
Producto:	*********3431 - Ahorros / Bancolombia A la mano - Cuenta de Ahorro**

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

CUENTA DE COBRO No. 09

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 Octubre 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 Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,
Natalia Muñoz
NOMBRE: Yulieth Natalia Muñoz Zamora
C.C. 1.032.492.656
DR. Calle 2 a bis a #53 a 74
Tel. 3144270114
Correo. nathumunoz@gmail.com

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

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

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	YULIETH NATALIA MUÑOZ ZAMORA
CARGO	APOYO PEDAGOGICO UDS
PERIODO y FECHA	OCTUBRE

					APOYO PEDAGOGICO :			
FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION OCTUBRE	9	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales **Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación y subidos al drive correspondiente del Grupo de Atencion**	1.1 Planeación Grupal, con las cuatro planeaciones de las áreas correspondientes (Formato ICBF)	50%	30/10/2024	OK		
			1.2 **Cartilla digital:** i. Parte uno: conociendonos al 100% diligenciada, ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, iii Diligenciamiento de la parte dos: Priorización de Practicas, iv. Diligenciamiento de la movilizacion social: OCTUBRE. Sor como niños 2 0			OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF) **Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación, tener en cuenta lo planeado en los microproyectos**	2.1. **Planeacion Encuentro en el hogar** (1 por cada participante - cargada en en el cuaderno digital en el drive correspondiente - de acuerdo al grupo etareo) - historica desde la primera atencion	15%	30/10/2024	OK		
			2.2 Cronograma de visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/o ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente.			OK		
			2.3 Cartilla digital Parte uno: i. Conociendonos al 100% diligenciada, ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, iii. Seguimiento al desarrollo, escala de valoración iv. Parte 5 Seguimiento a situaciones de riesgo diligenciada v. Notas complementarias del 8 mes de atención			OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en físico como en drive (50)	Actualización de los nuevos participantes 3.1 Seguimiento mediante **la lista de chequeo formato version 2** de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante	10%	30/10/2024			EN PROCESO DE ACOMODACION, ACTUALIZACION Y DIGITALIZACION AL 100%
			3.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA					
			3.3 Digitalización de cada uno de los documentos de los participantes del GA _					
			3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas)					
			3.5 Formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF					
			3.6 Formato compromiso entrega de documentos a todos los participantes					
		4. Entrega y socializacion de las escalas	4.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que aplique para el mes OCTUBRE__ (documento en físico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante) i. Aplicacion de la segunda toma de la escala para los ingresos de Abril ii. Primera aplicacion ingresos del mes julio y de meses anteriores, dependiendo la fecha de ingreso y la edad del niños quelos de 6 meses en adelante	5%	30/10/2024	OK		
			4.2 Socializacion de la escala ____ Aplicada el mes pasado, es decir ingresos septiembre)			OK		
		5. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento	5.1 Apoyar en el seguimiento de novedades de inasistencia, casos de estados de salud, puerperios, hechos de violencias y demás que se presenten en los encuentros por grupo de atencion	10%	30/10/2024	OK		
		6. Formato de ficha de caracterización de practicas y acciones f7	6.1 Apoyar en los Archivos de excel de practicas (1 x UA) participantes nuevos 1 unificado por los 50 participantes.	2%		OK		
			6.2 Apoyar la priorización de prácticas del 8 mes de atención			OK		
		7. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faliciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	7.1 Ambietación de espacios físicos de la UDS que se sean asigandos.	20%	30/10/2024	OK		
			7.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica.			OK		
			7.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación.-			OK		
			7.4 Asegurar y mantener el orden y la limpieza.		30/10/2024	OK		
		8. Participar y apoyar en las dinamicas relacionadas con la operación.	8.1.Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes	3%		OK		
		TOTAL		100%				

FIRMA CONTRATISTA	Natalia Muñoz.
NOMBRE:	YULIETH NATALIA MUÑOZ ZAMORA
C.C.	1032492658

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	MARGARITA MORALES
C.C.	52359915

compensar miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1032492656	YULIETH NATALIA MUÑOZ ZAMORA		CALLE 2 A BIS A # 53A 74	5488648	natnumunoz@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-09	2024-09	I	16/10/2024	80579688	$378.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	162.500	0		0		0	5	600	0	163.100	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	208.000	0	0	0	0	5	800	0	208.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	6.800				6.800	5	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	5	0	0	0
ICBF				
0	5	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	163.100
Pensión	1	208.000	208.800
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	378.800

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1032492656	YULIETH NATALIA MUÑOZ ZAMORA		CALLE 2 A BIS A # 53A 74	5488648	nathumunoz@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-09	2024-09	I	16/10/2024	80579588	$378.800	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colombia	Salario	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	Ing.	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Casos de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	1032492656	MUÑOZ ZAMORA YULIETH NATALIA	59	0			N																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS008	1.300.000	162.500	14-11	1.300.000	1	6.400		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Banco de Bogotá

Comprobante de compra y pagos virtuales PSE

Pago exitoso

Número de autorización 923202

martes, 15 de octubre de 2024, 10:39:23 PM

Detalle

$378,800.00

Valor Pagado

IVA incluído:	$0.00
Pago a:	COMPENSAR-OI
Débito desde:	Cuenta de ahorros ******4985
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Fecha y hora inicio transacción	2024-10-15 10:37:46
NIT del comercio	9998600669427
Número de factura	80579688
Código Único de Seguimiento	983881513
Dirección IP:	190.248.243.123
Referencia 1:	
Referencia 2:	CC
Referencia 3:	1032492656

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

CUENTA DE COBRO No. 03

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
APC2024-DIMFPERIODISTAS-CON025

NOMBRE: SHIRLEY ANDREA MALDONADO MALDONADO
CEDULA: 52.928.159
CUENTA BANCARIA: 380848309 BANCO: BOGOTA AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: ($ 2.580.200): DOS MILLONES QUINIENTOS OCHENTA MIL DOSCIENTOS PESOS M/Cte.
PERIODO: Fase Atención Octubre 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 Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,
NOMBRE: Shirley Andrea Maldonado Maldonado
C.C. 52.928.159
DR: Carrera 136ª # 145-30
Tel. 3124720378
Correo: smaldonado23@hotmail.com

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

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

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	SHIRLEY ANDREA MALDONADO MALDONADO
CARGO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO
PERIODO y FECHA	OCTUBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCIÓN OCTUBRE	9	1. Apoyar la organización documental del Talento Humano.	1.1. Verificación de Polizas, Talento Humano Nuevo.	5%	30/10/2024	OK		
			1.2. Verificación de afiliación de Seguridad Social, Talento Humano Nuevo			OK		
			1.3. Verificar documentos anexos a la nomina			OK		
		2. Manejo, registro e informe de plataforma CUENTAME **Nota aclaratoria:** * No se puede egresar participantes sin la toma de talla y peso. *Esto debe ser verificable con el archivo descargado directamente del cuentame	2.1. Cargue de Participantes Nuevos _____ de la UDS delegada	20%	30/10/2024	OK		
			2.2 Cargue de Talento Humano Nuevo _____de la UDS delegada.			OK		
			2.3 Actualización grupos etareos, acorde a las edades de los participantes.			OK		
			2.4 Excel de asistencia, semanal		30/10/2024	OK		
			2.5. Cargue de formación (Aplica solo para Kennedy)			OK		
			2.6 Cargue de RAM (Aplica solo para Kennedy)			OK		
		3. Sistematización de la informacion relacionada con los participantes.	3.1. Directorio de los participantes actualizado de la UDS delegada, Mes de Octubre	20%	30/10/2024	OK		
			3.2. Actualización de formatos RAM, Refrigerios, Bienestarina y entregada de RPP			OK		
		4. Organizar el archivo fisico y garantizar la Seguridad de la Información de los participantes	4.1. Archivo fisico de la UDS delegada (Oficios de gestión, actas de equipo, en el marco de los componentes)	10%		OK		
			4.2. Carpetas de los participantes vinculados a la UDS._____ Participantes.		30/10/2024	OK		
			4.3. Organización de archivo fisico para lista de espera.			OK		
		5. Construcción de la nómina recepcion y verificación de la documentación para formalización.	5.1. Formato de nómina en excel.	10%		OK		
			5.2. Chek list de nómina por cargo (100% de los soportes relacionados) de la UDS asignada.		30/10/2024	OK		
		6. Organización de formatos y material requerido para la operación del programa.	6.1. Kardex de ingresos a la bodega y egreso, (Materiales y Dotación)	5%		OK		
		7. Solicitud de Refrigerios, Semanal	7.1. Kardex de ingresos y egresos de pedidos de refrigerios	10%		OK		
			7.2 Consolidado del mes			OK		
			7.3 Diligenciamiento en el drive de la solicitud de pedidos de refrigerios semanal (lueves de cada semana)		30/10/2024	OK		
		8. Custodia y control de los equipos de computo e impresión y sedes de trabajo	8.1.Relación de fotocopiado e impresiones	5%		OK		
			8.2. Actualización quincenal y envio de matriz de arreglos locativos			OK		
		9. Inventarios 2023	9.1.Realizar la consolidación y actualización de los inventarios en el excell correspondiente	10%	30/10/2024	OK		
			9.2 Inventario de equipos Audiovisuales.			OK		
			9.3. Inventario ICBF			OK		
			9.4. Inventario APC_Actualizar lo que llegue en el mes		30/10/2024	OK		
		10. Organización y relación de servicios públicos y caja menor.	10.1 Formato de relación servicios públicos.	3%		OK		
			10. 2 Organización AZ con los servicios correspondientes a la UDS.		30/10/2024	OK		
		11. Participar en las dinamicas relacionadas con la operación.	11.1 .Asegurar y mantener el orden y la limpieza, junto con el equipo de trabajo, de las unidades de servicio	2%		OK		
			11.2. Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes			OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	SHIRLEY ANDREA MALDONADO MALDONADO
C.C.	52928159

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	MARGARITA MORALES
C.C.	52.356.915

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52928159		MALDONADO MALDONADO SHIRLEY ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 136a 145-30	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3011701	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	998840024	9474697939	I	2024/10/15	2024/10/23	NEQUI	8	$379,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$1,200	$0	$209,200
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$208,000	$1,200	$0	$209,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,800	$100	$0	$6,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$6,800	$100	$0	$6,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$1,000	$0	$163,500
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$162,500	$1,000	$0	$163,500
TOTAL				1	$377,300	$2,300	$0	$379,600

2024/10/23 07:48 PM

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

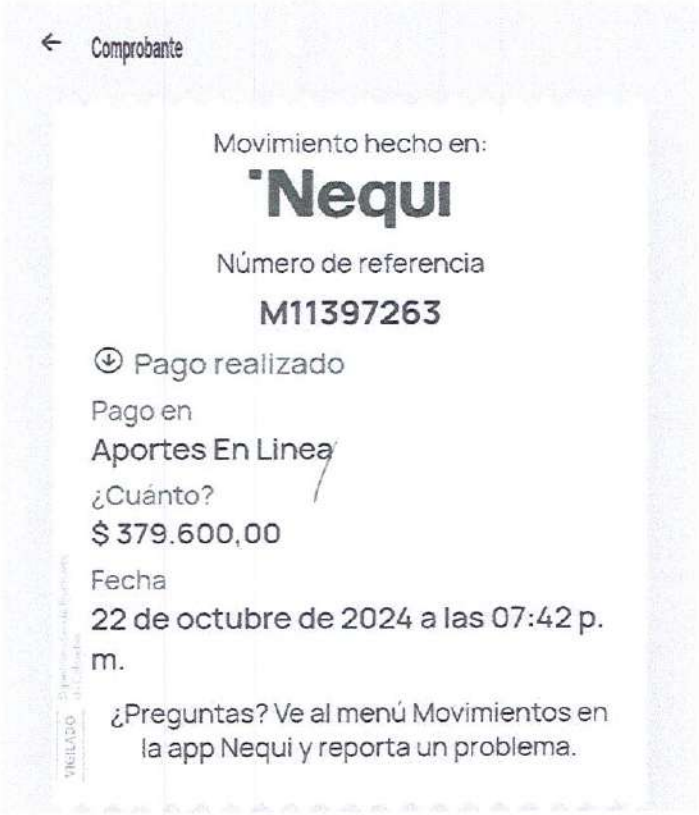
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52928159		MALDONADO MALDONADO SHIRLEY ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 136a 145-30	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3011701	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	998849024	9474697939	I	2024/10/15	2024/10/23	NEQUI	8	$379,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	52928159	MALDONADO SHIRLEY																		230201	30	$1,300,000	$208,000	EPS017	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-11	30	$1,300,000	$6,800	0	$0	$0	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


Comprobante
Movimiento hecho en:
Nequi
Número de referencia
M11397263
Pago realizado
Pago en
Aportes En Linea
¿Cuánto?
$ 379.600,00
Fecha
22 de octubre de 2024 a las 07:42 p. m.
¿Preguntas? Ve al menú Movimientos en la app Nequi y reporta un problema.