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

TALENTO HUMANO

FASE ATENCION

NOVIEMBRE DE 2024

CONTRATO

DIMF

KENNEDY

1100605202 4

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 Noviembre 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
1	Emilce Rojas Aguilar	Cc	52.278.676	Coordinadora	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 4.166.400	$ 40.247	$ 4.126.153
2	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
3	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
4	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
5	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
6	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
7	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
8	Yeimy Paola Gutierrez Guzman	Cc	52.861.284	Agente Educativo Perfil 1	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.252.250	$ 21.757	$ 2.230.493
9	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
10	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
11	Johanna Andrea Contreras Marin	Cc	53.077.091	Nutricionista	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 3.359.800	$ 32.456	$ 3.327.344
12	Sindy Paola Plata Nieto	Cc	52.762.693	Nutricionista	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.519.850	$ 24.342	$ 2.495.508
13	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
14	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
15	Karenth Jeanneth Junco	Cc	52.932.713	Apoyo Pedagogico	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.211.631	$ 21.364	$ 2.190.267
15	Luz Herminda Cadena Avedaño	Cc	1.033.676.702	Apoyo Pedagogico	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.211.631	$ 21.364	$ 2.190.267
17	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
18	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
19	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
20	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
21	Diana Margarita Morales Arrieta	Cc	52.356.915	Coordinadora	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 3.571.200	$ 34.498	$ 3.536.702
22	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
23	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
24	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
25	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
26	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
27	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
28	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
29	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
30	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
31	Nataly Sarmiento Suarez	Cc	1.031.139.309	Nutricionista	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.519.850	$ 24.342	$ 2.495.508
32	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
33	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

34	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
35	Martha Cecilia Garzon	Cc	51.930.289	Apoyo Pedagogico	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.211.631	$ 21.364	$ 2.190.267
36	Wuilfran Vega Arias	Cc	80.759.821	Apoyo Pedagogico	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.211.631	$ 21.364	$ 2.190.267
37	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
38	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

Banco de Bogotá

WWW.BANCODEBOGOTA.COM

Nóminas, Proveedores y Libranzas

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

A continuación el detalle de: Resultado - Crear

No. Autorización	14214679	**Fecha de Emisión**	2024/11/26

Origen

Tipo Producto	Cuenta Ahorros		
Nombre Producto Origen	AHO8187	**No. Producto**	*****8187
Fecha de Pago	2024/11/26		

Destino

Tipo Identificación	NIT Persona Jurídica
No. Identificación	8301079851
Beneficiario	ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA
Valor a Pagar	$95,609,134.00
Entidad Financiera	Banco de Bogotá
Tipo Producto	Cuenta Corriente
Producto Destino	075572156
Tipo Pago	NOMINA
Referencia / No. Factura	NOMINA NOV
Información Adicional	0680000000000PINF
Estado	En Proceso

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

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

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

CUENTA DE COBRO No. 10

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 Noviembre 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 A.
CARGO	COORDINADOR
PERIODO y FECHA	NOVIEMBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCIÓN NOVIEMBRE	10	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, de acuerdo a lo delegado Casilla Amarilla)	10%	Noviembre	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					
		2. Velar por mantener el th y tener al dia el archivo de los mismos	2.1. Matriz de Talento Humano Actualizada - Con Egresos e ingresos ocurridos en el mes	5%	Noviembre	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%	Noviembre	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 EMI)			OK		
		4. Novedades de Ingresos y egresos. Durante el mes	4.1 Formato de Novedades de la UDS. 23 Casos, junto con sus soportes	5%		OK		
		5. Monitorear el cumplimiento Cuentame al 100% Mensual Nota aclaratoria: No se puede agresar participantes sin la toma de talla y peso.	5.1. Cargue de Participantes Nuevos 23 de la UDS delegada 100%	5%	Noviem.	OK		
			5.2. Cargue del 100%Nutricional, participantes Nuevos 300			OK		
			5.3 Actualización de Talento Humano Nuevo (2)			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 RPPP * Entrega de Refrigerios	6.1. Formatos RPP - 18 Listados en total_ 3 por profe (Traer los fisicos para verificar _ organizados en una AZ legajados por unidad)	15%	Noviem	OK		
			6.2 Formatos de Refrigerio - 72 listados en total _12 por profe (Traer los fisicos para verificar_organizados en una AZ legajados por unidad)			OK		
		7. Liderar , Monitorear y acompañar: * Encuentro Grupales a las Familias * Visitas en el Hogar a las Familias	7.1. Formatos RAM. 18 Listados en total_ 3 por profe (Traer los fisicos para verificar organizados en una AZ legajados por unidad)	15%	Noviem	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 23 Noviembre Suba Miercoles 22 Noviembre	5%	Noviem	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 les 18 Personas del equipo. (Verificación Técnica)			OK		
		10. Programación General	10.1 Cronograma de la unidad _ Encuentro grupales	5%	Noviembre	OK		
			10.2 Cronograma visitas Por Dupla			OK		
			10.3 Proyección Grupos de Estudio, con Planeación, 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 componente_ 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. Aplicación de encuesta de satisfacción y documento de análisis.	13.1 Encuesta diligenciada con el 60% de los participantes. 13.2 Documento de análisis de encuestas de satisfacción	2.5%		OK		
		14. Proceso de sitematización	14. Instrumento de sistematización	2.5%		OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Emilce R
NOMBRE:	EMILCE ROJAS AGUILAR
C.C.	52.278.676

FIRMA COORDINADORA	Eliana Rojas U.
NOMBRE:	Eliana Rojas U.
C.C.	52351450

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: 8381162972

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	EMILCE ROJAS AGUILAR
Tipo y número de identificación	CC52278676
Número de planilla	8381162972
Fecha pago	2024-11-22
Número de autorización pago	33002595
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	octubre de 2024
Periodo de Cotización Pensión	octubre de 2024
Número de Administradoras	3
Total Pagado	484300
Total Intereses de Mora	500

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	8800	1
230301	Porvenir	266900	1
EPS008	Compensar EPS	208600	1

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

C[illegible]PS	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

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9548485819 DV: 298078
Cliente:113237 PLANILLAS AVAL Aportes en Linea Arus Compensar Asopagos Siaple Mi Plan
Fecha: 21/11/2024 17:33:01
PAP: 902521
Nombre:
Apellido 1:
NUM PLANILLA: 8381162972
TIPO DE IDENTIFICACION: CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO IDENTIFICACION: 52278676
PERIODO: 202410
Referencia: 8381162972Valor: $484.300,00

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

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

CUENTA DE COBRO No. 10

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 NOVIEMBRE 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 María Barragán L.
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECH	NOVIEMBRE

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PO[illegible]GO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
			1.1 Planeación Grupal, con las cuatro planeaciones de las áreas correspondientes (Formato anexo)	10%	Noviembre			
		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**	1.2 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: NOVIEMBRE Visibilizando Proyectos (Salud Mental)	5%	Noviembre	Ok		
			2.1. Planeacion Encuentro en el hogar (1 por cada participante - cargada en en el cuaderno digital en el drive correspondiente - de acuerdo al grupo etareo) - historica desde la primera atencion	5%	Noviembre	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**	2.2 Cronograma de visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/o ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente.	5%	Noviembre	OK		50 visitas
			2.3 Cartilla digital Parte uno: i. Conociendonos al 100% diligenciada, ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, iii. Seguimiento al desarrollo, escala de valoración iv. Parte 5 Seguimiento a situaciones de riesgo diligenciada	5%	Noviembre	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	3%	Noviembre	OK		
			3.2 Formato compromiso entrega de documentos a todos los participantes.	2%		OK		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo antes del 15 de cada mes sus ingresos y egresos ____ durante el mes de NOVIEMBRE	4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes NOVIEMBRE 15	5%	Noviembre	OK		4 ingresos
			4.2 Soportes de egreso (con la aprobación de la coordinación) NOVIEMBRE 15	5%		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, vinculaciona EPS y compromisos de acuerdo a los documentos pendientes) 15 NOVIEMBRE	5%		OK		
ATENCIÓN NOVIEMBRE	10	5.Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios,Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.	5.1 Formato Ram	2%	Noviembre	OK		
			5.2 Refrigerios	2%		OK		
			5.3 Formato RPP	2%		OK		
			5.4 Fotografias uno a uno de la entrega de RPP - en power Point	2%		OK		
			5.5 Formato de Bienestarina Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni enmendaduras	2%		OK		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento	6.1 Formato de novedades en fisico por grupo de atencion (si aplica) y subido al drive	5%	Noviembre	OK		
			6.2 Formato de compromiso de documentos con los seguimientos respectivos en fisico y subido al drive correspondiente del grupo de atención	2%		OK		
			6.3 Formatos de novedades y compromisos de entregas documentales firmado por las familias (formato APC)	3%		OK		
		7. Entrega y socializacion de las escalas	7.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que aplique para el mes NOVIEMBRE__ (documento en fisico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante) i. Aplicacion de la tercera toma de la escala para los ingresos de Febrero ii. Aplicacion de la segunda toma de la escala para los ingresos de Mayo ii. Primera aplicacion ingresos del mes Agosto y de meses anteriores, dependiendo la fecha de ingreso y la edad de los niños de los 5 meses en adelante	5%	Noviembre	OK		15 escalas
			7.2 Socializacion al 100% de la escala aplicada en noviembre____ (participantes _____)	5%		OK		17 socializacion
		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.	5%	Noviembre	OK		
		9. Realizar la entrega de la presentacion en power point de los microproyectos	9.1 Complementar la presentacion final de los microproyectos con: ¿Qué resulto? ¿Como se presenta? Retos – Desafios	5%	Noviembre	OK		
		10. Generar espacios y ambientes enriquecidos que falciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS y a los microproyectos.	10.1 Ambientación de espacios fisicos de la UDS acorde al proyecto pedagogico del territorio y tematica del mes.	1%	Noviembre	OK		
			10.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica.	2%		OK		
			10.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación	2%		OK		
		11. Participar y apoyar 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%	Noviembre	OK		
			11.2. Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes	3%		OK		
				TOTAL 100%				

FIRMA CONTRATISTA	Ana María Barragán L.
NOMBRE:	Ana María Barragán L.
C.C.	1.030.572.403

FIRMA COORDINADORA	[signature]
NOMBRE:	Emilce [illegible]
C.C.	52.[illegible].[illegible]

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
2024-10	2024-10	1024431338	9475795965	I	2024/11/05	2024/11/05	BANCO DE BOGOTA	0	$377,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	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

2024/11/02 10:18 PM

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
2024-10	2024-10	1024431338	9475795965	I	2024/11/05	2024/11/05	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

2024/11/02 10:18 PM

Banco de Bogotá

Comprobante de compra y pagos virtuales PSE

Pago exitoso

Número de autorización 635202

sábado, 02 de noviembre de 2024, 10:16:35 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: 9475795965
Fecha y hora inicio transacción	2024-11-02 10:15:08
NIT del comercio	9999001472382
Número de factura	9475795965
Código Único de Seguimiento	1024431338
Dirección IP:	186.154.69.82
Referencia 1:	186.154.69.82
Referencia 2:	CC
Referencia 3:	1030572403

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

CUENTA DE COBRO No. 04

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2024-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 NOVIEMBRE 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 Rocío 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.

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECH	NOVIEMBRE

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PO[illegible]GO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
			1.1 Planeación Grupal, con las cuatro planeaciones de las áreas correspondientes (Formato Word)	10%				
		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	1.2 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: NOVIEMBRE Visibilizando Proyectos (Salud Mental)	5%	Noviembre	OK		
			2.1. Planeacion Encuentro en el hogar (1 por cada participante - cargada en el cuaderno digital en el drive correspondiente - de acuerdo al grupo etareo) - historica desde la primera atencion	5%	Noviembre	OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de minimo 60 minutos de formación (DIMF) Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la Verificación, tener en cuenta lo planeado en los microproyectos	2.2 Cronograma de visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/o ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente.	5%	Noviembre	OK		50 Visitas
			2.3 Cartilla digital Parte uno: i. Conociendonos al 100% diligenciada, ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, iii. Seguimiento al desarrollo, escala de valoración iv. Parte 5 Seguimiento a situaciones de riesgo diligenciada	5%	Noviembre	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	3%	Noviembre	OK		
			3.2 Formato compromiso entrega de documentos a todos los participantes.	2%		OK		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo antes del 15 de cada mes sus ingresos y egresos ____ durante el mes de NOVIEMBRE	4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes NOVIEMBRE 15	5%	Noviembre	OK		6 ingresos
			4.2 Soportes de egreso (con la aprobación de la coordinación) NOVIEMBRE 15	5%		OK		
			4.3 Soportes de ingreso (soportes subidos al drive correspondiente: RC del participante, cédula del acudiente, recibo de servicio público de la vivienda, carnet vacunas, crecimiento y desarrollo, vinculacion EPS y compromisos de acuerdo a los documentos pendientes) 15 NOVIEMBRE	5%		OK		
ATENCIÓN NOVIEMBRE	10	5.Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios,Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.	5.1 Formato Ram	2%	Noviembre	OK		
			5.2 Refrigerios	2%		OK		
			5.3 Formato RPP	2%		OK		
			5.4 Fotografias uno a uno de la entrega de RPP - en power Point	2%		OK		
			5.5 Formato de Bienestarina Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni enmendaduras	2%		OK		
		6.. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento	6.1 Formato de novedades en fisico por grupo de atencion (si aplica) y subido al drive	5%	Noviembre	OK		
			6.2 Formato de compromiso de documentos con los seguimientos respectivos en fisico y subido al drive correspondiente del grupo de atención	2%		OK		
			6.3 Formatos de novedades y compromisos de entregas documentales firmado por las familias (formato APC)	3%		OK		
		7. Entrega y socializacion de las escalas	7.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que aplique para el mes NOVIEMBRE__ (documento en fisico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante) i. Aplicacion de la tercera toma de la escala para los ingresos de Febrero ii. Aplicacion de la segunda toma de la escala para los ingresos de Mayo ii. Primera aplicacion ingresos del mes Agosto y de meses anteriores, dependiendo la fecha de ingreso y la edad de los niños de los 5 meses en adelante	5%	Noviembre	OK		37 Escalas
			7.2 Socializacion al 100% de la escala aplicada en noviembre____ (participantes _____)	5%		OK		37 Soc.
		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.	5%	Noviembre	OK		
		9. Realizar la entrega de la presentacion en power point de los microproyectos	9.1 Complementar la presentacion final de los micropoyectos con: ¿Qué resulto? ¿Como se presenta? Retos – Desafios	5%	Noviembre	OK		
		10. Generar espacios y ambientes enriquecidos que falciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS y a los microproyectos.	10.1 Ambientación de espacios fisicos de la UDS acorde al proyecto pedagogico del territorio y tematica del mes.	1%	Noviembre	OK		
			10.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica.	2%		OK		
			10.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación	2%		OK		
		11. Participar y apoyar 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%	Noviembre	OK		
			11.2. Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes	3%		OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	[illegible]
NOMBRE:	[illegible]
CC	[illegible]

UPB EMAV

FIRMA COORDINADORA	[illegible]
NOMBRE:	[illegible]
CC	[illegible]

Simple.

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-11-16, 03:11:19 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Número Planilla:** 1068203224

Periodo Cotización: noviembre de 2024 **Periodo Servicio:** noviembre de 2024

PAGADO 16/11/2024

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 SEQUEDA	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
16 de noviembre de 2024 a las 03:11 p. m.

Referencia
M8554022

¿De dónde salió la plata?



Disponible
$ 385.100,00

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

CUENTA DE COBRO No. 10

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 noviembre 2024

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

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

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

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

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

Autorizado por:

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

Aprobado por:

Ana Rocio Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

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.

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECH	NOVIEMBRE

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
ATENCIÓN NOVIEMBRE	10	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)	10%		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 NOVIEMBRE Visibilizando Proyectos (Salud Mental)	5%	Noviembre	OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF) **Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación, tener en cuenta lo planeado en los microproyectos**	**2.1. Planeacion Encuentro en el hogar** (1 por cada participante - cargada en en el cuaderno digital en el drive correspondiente - de acuerdo al grupo etareo) - historica desde la primera atencion	5%		OK		
			2.2 Cronograma de visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/o ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente	5%		OK		48 visitas / 2 por mes
			2.3 Cartilla digital Parte uno: i. Conociendonos al 100% diligenciada, ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, iii. Seguimiento al desarrollo, escala de valoración iv. Parte 5 Seguimiento a situaciones de riesgo diligenciada	5%		OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida, tanto en fisico como en el drive y con la renombración correspondiente (50)	3.1 Formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF	3%		OK		
			3.2 Formato compromiso entrega de documentos a todos los participantes.	2%		OK		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo antes del 15 de cada mes sus ingresos y egresos ____ durante el mes de NOVIEMBRE	4.1 Formato de ingresos y egresos 9 en el mes NOVIEMBRE 15	5%	Noviembre	OK		9 ingreso / 9 egre.
			4.2 Soportes de egreso (con la aprobación de la coordinación) NOVIEMBRE 15	5%		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) 15 NOVIEMBRE	5%		OK		
		5.Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios,Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras	5.1 Formato Ram	2%	Noviembre	OK		
			5.2 Refrigerios	2%		OK		
			5.3 Formato RPP	2%		OK		
			5.4 Fotografías uno a uno de la entrega de RPP - en power Point	2%		OK		
			5.5 Formato de Bienestarina Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni enmendaduras	2%		OK		
		6.. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento	6.1 Formato de novedades en fisico por grupo de atencion (si aplica) y subido al drive	5%	Noviembre	OK		
			6.2 Formato de compromiso de documentos con los seguimientos respectivos en fisico y subido al drive correspondiente del grupo de atención	2%		OK		
			6.3 Formatos de novedades y compromisos de entregas documentales firmado por las familias (formato APC)	3%		OK		
		7. Entrega y socializacion de las escalas	7.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que aplique para el mes NOVIEMBRE__ (documento en fisico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante) i. Aplicacion de la tercera toma de la escala para los ingresos de Febrero ii. Aplicacion de la segunda toma de la escala para los ingresos de Mayo iii. Primera aplicacion ingresos del mes Agosto y de meses anteriores, dependiendo la fecha de ingreso y la edad de los niños de los 5 meses en adelante	5%	Noviembre	OK		21 socialización
			7.2 Socializacion al 100% de la escala aplicada en noviembre____ (participantes _____)	5%				21 (noviembre)
		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.	5%	Noviembre	OK		
		9. Realizar la entrega de la presentacion en power point de los microproyectos	9.1 Complementar la presentacion final de los microproyectos con: ¿Qué resulto? ¿Como se presenta? Retos – Desafios	5%	Noviembre	OK		
		10. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faciliten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS y a los microproyectos.	10.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS acorde al proyecto pedagogico del territorio y tematica del mes	1%	Noviembre	OK		
			10.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica.	2%		OK		
			10.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación	2%		OK		
		11. Participar y apoyar 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%	Noviembre	OK		
			11.2. Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes	3%		OK		
				TOTAL	100%			

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	JULIANA PEÑA
C.C.	52.174.510

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	EMILCE ROJAS
C.C.	52.980.060

V°B° EMMA

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
2024-10	2024-10	1062217272	9476620459	I	2024/11/06	2024/11/19	BANCO DE BOGOTA	13	$380,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION			SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres		Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)							$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$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	52974510	PEÑA LILIANA	230301		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

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 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
2024-10	2024-10	1062217272	9476620459	I	2024/11/06	2024/11/19	BANCO DE BOGOTA	13	$380,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$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	$1,500	$0	$164,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$162,500	$1,500	$0	$164,000
TOTAL				1	$377,300	$3,600	$0	$380,900

serviciopse@achcolombia.com.co
Para Tú

mar



¡Hola, Liliana Patricia peña salcedo !

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

Estado de la Transacción: **Aprobada**
CUS: 1062217272
Empresa: APORTES EN LINEA
Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9476620459
Valor de la Transacción: $ 380.900
Fecha de Transacción: 19/11/2024

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.

pse

in ACH Colombia Oficial

X @ACHColombia

ACHColombiaOficial

ACH Colombia Oficial

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

CUENTA DE COBRO No. 10

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 noviembre 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.

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO POR CARGO

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

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCIÓN NOVIEMBRE	10	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)	10%	Noviembre	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: NOVIEMBRE Visibilizando Proyectos (Salud Mental)	5%	Noviembre	OK		
			2.1. Planeacion Encuentro en el hogar (1 por cada participante - cargada en en el cuaderno digital en el drive correspondiente - de acuerdo al grupo etareo) - historica desde la primera atencion	5%	Noviembre	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**	2.2 Cronograma de visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/o ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente.	5%	Noviembre	OK		50 Visitas
			2.3 Cartilla digital Parte uno: i. Conociendonos al 100% diligenciada, ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, iii. Seguimiento al desarrollo, escala de valoración iv. Parte 5 Seguimiento a situaciones de riesgo diligenciada	5%	Noviembre	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	3%	Noviembre	OK		
			3.2 Formato compromiso entrega de documentos a todos los participantes.	2%		OK		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo antes del 15 de cada mes sus Ingresos y egresos ____ durante el mes de NOVIEMBRE	4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes NOVIEMBRE 15	5%	Noviembre	OK		1 Ingreso
			4.2 Soportes de egreso (con la aprobación de la coordinación) NOVIEMBRE 15	5%		OK		
			4.3 Soportes de ingreso (soportes subidos al drive correspondiente: RC del participante, cédula del acudiente, recibo de servicio público de la vivienda, carnet vacunas, crecimiento y desarrollo, vinculacion EPS y compromisos de acuerdo a los documentos pendientes) 15 NOVIEMBRE	5%		OK		
		5.Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios,Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.	5.1 Ram/Ram	2%	Noviembre	OK		
			5.2 Refrigerios	2%		OK		
			5.3 Formato RPP	2%		OK		
			5.4 Fotografias uno a uno de la entrega de RPP - en power Point	2%		OK		
			5.5 Formato de Bienestarina Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni enmendaduras	2%		OK		
		6. . Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento	6.1 Formato de novedades en fisico por grupo de atencion (si aplica) y subido al drive	5%	Noviembre	OK		
			6.2 Formato de compromiso de documentos con los seguimientos respectivos en fisico y subido al drive correspondiente del grupo de atención	2%		OK		
			6.3 Formatos de novedades y compromisos de entregas documentales firmado por las familias (formato APC)	3%		OK		
		7. Entrega y socializacion de las escalas	7.1 **Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que aplique para el mes NOVIEMBRE__** (documento en fisico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante) i. Aplicacion de la tercera toma de la escala para los ingresos de Febrero ii. Aplicacion de la segunda toma de la escala para los ingresos de Mayo ii. Primera aplicacion ingresos del mes Agosto y de meses anteriores, dependiendo la fecha de ingreso y la edad de los niños de los 5 meses en adelante	5%	Noviembre	OK		23 Escalas
			7.2 Socializacion al 100% de la escala aplicada en noviembre____ (participantes _____)	5%		OK		23 Soc
		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.	5%	Noviembre	OK		
		9. Realizar la entrega de la presentacion en power point de los microproyectos	9.1 Complementar la presentacion final de los microproyectos con: ¿Qué resulto? ¿Como se presenta? Retos – Desafios	5%	Noviembre	Ok		
		10. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faliciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS y a los microproyectos.	10.1 Ambientación de espacios fisicos de la UDS acorde al proyecto pedagogico del territorio y tematica del mes.	1%	Noviembre	OK		
			10.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica.	2%		OK		
			10.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación	2%		OK		
		11. Participar y apoyar 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%	Noviembre	OK		
			11.2. Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes	3%		OK		
				TOTAL 100%				

FIRMA CONTRATISTA	Marcela Castillo V.
NOMBRE:	Marcela Castillo V.
C.C.	40190366990

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	EMILCE P
C.C.	52 [illegible]

UAE EMV

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:	2024-11-17
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2024-11-26
FECHA DE PAGO:	2024-11-18
ENTIDAD DE PAGO:	NEQUI
PERÍODO PENSIÓN:	2024-10
PERÍODO SALUD:	2024-10
NÚMERO PLANILLA:	31317761
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	31317761
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:	23/12/2024

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:	2024-10	230301	800224808	PORVENIR	1	0	208.000	0	208.000
Período salud:	2024-10	EPS005	800251440	SANITAS	1	0	162.500	0	162.500
Planilla Nro.:	31317761 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:	2024-11-17	PASENA	899999034	SENA	0	0	0	0	0
Banco:	1507	PAICBF	899999239	ICBF	0	0	0	0	0
Transacción:	1056460194	PAESAP	899999054	ESAP	0	0	0	0	0
		PAMIED	899999001	MINEDU	0	0	0	0	0
						GRAN TOTAL			$ 377.300

PAGADO

Resumen de pago

Descripción de compra
Pago de seguridad Social Integrado

Estado de la solicitud
Transacción aprobada

Tienda
ASOPAGOS

Fecha de solicitud
17 de noviembre de 2024

CUS
1056460194

Referencia Nequi
M392567

¿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
31317761

Tu plata salió de:



Disponible

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

CUENTA DE COBRO No. 10

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
APC2024-DIMFPERIODISTAS-CON024

NOMBRE: MARTHA ELIZABETH PAEZ ALARCON
CEDULA: 1.032.359.119
CUENTA BANCARIA: 274265222 BANCO: BOGOTÁ AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: ($2.519.800) DOS MILLONES QUINIENTOS DIECINUEVE MIL OCHOCIENTOS PESOS M/Cte.
PERIODO: Fase Atención Noviembre 2024

CONCEPTO: Agente Educativo 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 Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: Martha Elizabeth Páez Alarcón
C.C. 1.116.916.542
DR. Carrera 79f #14-45
Correo: eliza0313@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

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	MARTHA ELIZABETH PAEZ P.
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO Y FECH	NOVIEMBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCIÓN NOVIEMBRE	10	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)	10%	Noviembre			
			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: NOVIEMBRE Visibilizando Proyectos (Sol al Monte)	5%		OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF) Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación, tener en cuenta lo planeado en los microproyectos	2.1. Planeacion Encuentro en el hogar (1 por cada participante - cargada en en el cuaderno digital en el drive correspondiente - de acuerdo al grupo etareo) - historica desde la primera atencion	5%		OK		
			2.2 Cronograma de visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 60 y/o ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente.	5%		OK		60 visitas OIC
			2.3 Cartilla digital Parte uno i. Conociendonos al 100% diligenciada, ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, iii. Seguimiento al desarrollo, escala de valoración iv. Parte 5 Seguimiento a situaciones de riesgo diligenciada	5%		OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivados y digitalizadas con la documentacion requerida, tanto en físico como en el drive y con la nomenclatura correspondiente (60)	3.1 Formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF	3%	Noviembre	OK		
			3.2 Formato compromiso entrega de documentos a todos los participantes	2%		OK		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo antes del 15 de cada mes sus ingresos y egresos ____ durante el mes de NOVIEMBRE	4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes NOVIEMBRE 15	5%		OK		6 ingresos 6 egresos
			4.2 Soportes de egreso (con la aprobación de la coordinación) NOVIEMBRE 15	5%		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, vinculaciones EPS y compromisos de acuerdo a los documentos pendientes) 15 NOVIEMBRE	5%		OK		
		5.Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.	5.1 Formato Ram	2%	Noviembre	OK		
			5.2 Refrigerios	2%		OK		
			5.3 Formato RPP	2%		OK		
			5.4 Fotografías uno a uno de la entrega de RPP - en power Point	2%		OK		
			5.5 Formato de Bienestarina Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni enmendaduras.	2%		OK		
		6.. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripe, o falta de algun documento	6.1 Formato de novedades en físico por grupo de atencion (si aplica) y subido al drive	5%		OK		
			6.2 Formato de compromiso de documentos con los seguimientos respectivos en físico y subido al drive correspondiente del grupo de atención	2%		OK		
			6.3 Formatos de novedades y compromisos de entregas documentales firmado por las familias (formato APC)	3%		OIC		1 ingreso 5
		7. Entrega y socializacion de las escalas	7.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que aplique para el mes NOVIEMBRE__ (documento en físico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante) i. Aplicacion de la tercera toma de la escala para los ingresos de Febrero ii. Aplicacion de la segunda toma de la escala para los ingresos de Mayo ii. Primera aplicacion ingresos del mes Agosto y de meses anteriores, dependiendo la fecha de ingreso y la edad de los niños de los 5 meses en adelante	6%	Noviembre	OK		
			7.2 Socializacion al 100% de la escala aplicada en noviembre____ (participantes _____)	6%		OK		27 OIC
		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.	6%	Noviembre	OK		
		9. Realizar la entrega de la presentacion en power point de los microproyectos	9.1 Complementar la presentacion final de los microproyectos con: ¿Qué resulto? ¿Como se presento? Retos – Desafios	6%		OK		
		10. Generar espacios y ambientes enriquecidos que falciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS y a los microproyectos.	10.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS acorde al proyecto pedagogico del territorio y tematica del mes.	1%	Noviembre	OK		
			10.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica.	2%		OK		
			10.3 Buen uso de los materiales de consumo que se emplean para la ambientación	2%		OK		
		11. Participar y apoyar 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%	Noviembre	OK		
			11.2. Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes	3%		OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE	MARTHA ELIZABETH P.
CC	1053 359 119

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE	
CC	

V°B° EMNV.

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
2024-10	2024-10	1060031898	9475599677	I	2024/11/07	2024/11/19	NEQUI	12	$380,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$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	Días Mora	Valor
2024-10	2024-10	1060031898	9475599677	I	2024/11/07	2024/11/19	NEQUI	12	$380,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$1,800	$0	$209,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	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
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$1,400	$0	$163,900
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$162,500	$1,400	$0	$163,900
TOTAL				1	$377,300	$3,300	$0	$380,600

Nequi

Resumen de pago

Descripción de compra
Pago de la Planilla de aportes con clave\
9475999677

Estado de la solicitud
Transacción aprobada

Tienda
APORTES EN LINEA

Fecha de solicitud
18 de noviembre de 2024

CUS
1060031898

¿Cuánto?
$ 380.600,00

Factura de comercio
9475999677

Tu plata salió de:



Disponible

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

CUENTA DE COBRO No. 5

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2024-DIMF KENNEDY-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 NOVIEMBRE 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 Rocio 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.

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO POR CARGO

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	Deidy Dazo
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECH	NOVIEMBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCIÓN NOVIEMBRE	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 Atencion**	1.1 Planeación Grupal, con las cuatro planeaciones de las áreas corespondientes (Formato ICBF)	10%	Noviembre	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: NOVIEMBRE: Visibilizando Proyectos (Salud Mental)	5%		OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF) **Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación, tener en cuenta lo planeado en los microproyectos**	2.1. **Planeacion Encuentro en el hogar (1 por cada participante** - cargada en en el cuaderno digital en el drive correspondiente - de acuerdo al grupo etareo) - historica desde la primera atencion	5%		OK		
			2.2 Cronograma de visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/o encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente.	5%		OK.		30/10/23
			2.3 Cartilla digital Parte uno: i. Conociendonos al 100% diligenciada. ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada. iii. Seguimiento al desarrollo, escala de valoración iv. Parte 5 Seguimiento a situaciones de riesgo diligenciada	5%		OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida, tanto en físico como en el drive y con la renombración correspondiente (50)	3.1 Formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF	3%		OK		
			3.2 Formato compromiso entrega de documentos a todos los participantes.	2%		OK		1 nov / 16 nov
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo antes del 15 de cada mes sus ingresos y egresos ____ durante el mes de NOVIEMBRE	4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes NOVIEMBRE 15	5%	Noviembre	OK		
			4.2 Soportes de egreso (con la aprobación de la coordinación) NOVIEMBRE 15	5%		OK		
			4.3 Soportes de ingreso (soportes subidos al drive correspondiente: RC del participante, cédula del acudiente, recibo de servicio público de la vivienda, carnet vacunas, crecimiento y desarrollo, vinculacion EPS y compromisos de acuerdo a los documentos pendientes) 15 NOVIEMBRE	5%		OK		
		5 Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios,Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.	5.1 Ficha Ram	2%	Noviembre	OK		
			5.2 Refrigerios	2%		OK		
			5.3 Formato RPP	2%		OK		
			5.4 Fotografias uno a uno de la entrega de RPP - en power Point	2%		OK		
			5.5 Formato de Bienestarina Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni enmendaduras	2%		OK		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento	6.1 Formato de novedades en físico por grupo de atencion (si aplica) y subido al drive	5%	Noviembre	OK		
			6.2 Formato de compromiso de documentos con los seguimientos respectivos en físico y subido al drive corespondiente del grupo de atención	2%		OK		
			6.3 Formatos de novedades y compromisos de entregas documentales firmado por las familias (formato APC)	3%		OK		
		7. Entrega y socializacion de las escalas	7.1 **Entrega de la escala** correspondiente de los niños y niñas que aplique para el mes NOVIEMBRE__ (documento en físico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante) i. Aplicacion de la tercera toma de la escala para los ingresos de Febrero ii. Aplicacion de la segunda toma de la escala para los ingresos de Mayo ii. Primera aplicacion ingresos del mes Agosto y de meses anteriores, dependiendo la fecha de ingreso y la edad de los niños de los 5 meses en adelante	5%	Noviembre	OK		29 escalas
			7.2 Socializacion al 100% de la escala aplicada en noviembre____ (participantes _____)	5%		OK		20 soc
		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.	5%	Noviembre	OK		
		9. Realizar la entrega de la presentacion en power point de los microproyectos	9.1 Complementar la presentacion final de los microproyectos con: ¿Qué resulto? ¿Como se presenta? Retos – Desafios	5%		OK		
		10. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faciliten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS y a los microproyectos.	10.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS acorde al proyecto pedagógico del territorio y tematica del mes.	1%		OK		
			10.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica.	2%		OK		
			10.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación	2%		OK		
		11. Participar y apoyar 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	3%				
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Deidy Dazo
NOMBRE:	Deidy Dazo
C.C.	52933204

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Emilce Rojas Aguilar
C.C.	52 276 676

UDS Emilce

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	3027676582	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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-11	I	18/11/2024	81827001	$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	Protección (INC + Protección)	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	890903790-5	6.800				6.800	0	0	6.800			88	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 036202

lunes, 18 de noviembre de 2024, 11:30:36 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	2024-11-18 11:28:42
NIT del comercio	9998600669427
Número de factura	81827001
Código Único de Seguimiento	1058760087
Dirección IP:	179.19.97.17
Referencia 1:	
Referencia 2:	CC
Referencia 3:	52973254

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

CUENTA DE COBRO No. 01

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2024-DIMF KENNEDY -CON 026

NOMBRE: Yeimy Paola Gutiérrez Guzmán
CEDULA: 52.861.284
CUENTA BANCARIA: 174288779 **BANCO: BOGOTA AHORRO _X_ CORRIENTE ___**
LA SUMA DE: ($2.252.250) DOS MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE.
PERIODO: Fase Atención Noviembre 2024

CONCEPTO: Agente educativo Perfil 1 - 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: ($2.252.250) 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
Coordinadora
C.C 52.278.676

Aprobado por:

Ana Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: Yeimy Paola Gutiérrez Guzmán
C.C. 52.861.284
Correo: ygtirre@iberoamerica.edu.co
Dirección: Transversal 13M No 45ª sur 28
Teléfono: 3224475653

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

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO POR CARGO

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	Yeimy Gutierrez
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECH	NOVIEMBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCIÓN NOVIEMBRE	10	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)	10%		OK		8%
			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: NOVIEMBRE Visibilizando Proyectos (Salud Mental)	5%	NO	OK		3%
		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 atareo) - historica desde la primera atencion	5%	NO	OK		0
			2.2 Cronograma de visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/o ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente.	5%		OK		5%
			2.3 Cartilla digital Parte uno: i. Conociendonos al 100% diligenciada, ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada. iii. Seguimiento al desarrollo, escala de valoración iv. Parte 5 Seguimiento a situaciones de riesgo diligenciada	5%		OK		4,5%
		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 ca inscripcion de ICBF	3%		OK		3%
			3.2 Formato compromiso entrega de documentos a todos los participantes.	2%		OK		2%
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo antes del 15 de cada mes sus ingresos y egresos ____ durante el mes de NOVIEMBRE	4.1 Formato de Ingresos y egresos _____ en el mes NOVIEMBRE 15	5%	NO	OK		0
			4.2 Soporten de egreso (con la aprobación de la coordinación) NOVIEMBRE 15	5%		OK		0
			4.3 Soporten de ingreso (soportes subidos al drive correspondiente: RC del participante, cédula del acudiente, recibo de servicio público de la vivienda, carnet vacunas, crecimiento y desarrollo, vinculacion EPS y compromisos de acuerdo a los documentos pendientes) 15 NOVIEMBRE	5%		OK		2%
		5.Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios, Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.	5.1 Formato Ram	2%	NO	OK		2%
			5.2 Refrigerios	2%		OK		2%
			5.3 Formato RPP	2%		OK		2%
			5.4 Fotografías uno a uno de la entrega de RPP - en power Point	2%		OK		2%
			5.5 Formato de Bienestarina Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni enmendaduras	2%		OK		2%
		6.. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento	6.1 Formato de novedades en físico por grupo de atencion (si aplica) y subido al drive	5%	NO	OK		5%
			6.2 Formato de compromiso de documentos con los seguimientos respectivos en físico y subido al drive correspondiente del grupo de atención	2%		OK		2%
			6.3 Formatos de novedades y compromisos de entregas documentales firmado por las familias (formato AP:2)	3%		OK		3%
		7. Entrega y socializacion de las escalas	7.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que aplique para el mes NOVIEMBRE__ (documento en físico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante) i. Aplicacion de la tercera toma de la escala para los ingresos de Febrero ii. Aplicacion de la segunda toma de la escala para los ingresos de Mayo ii. Primera aplicacion ingresos del mes Agosto y de meses anteriores, dependiendo la fecha de ingreso y la edad de los niños de los 6 meses en adelante	5%	NO	OK		5%
			7.2 Socializacion al 100% de la escala aplicada en noviembre____ (participantes _____)	5%		OK		5%
		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.	5%		OK		05%
		9. Realizar la entrega de la presentacion en power point de los microproyectos	9.1 Compte rentar la presentación final de los microproyectos con: ¿Qué resulta? ¿Como se presenta? Retos – Desafíos	5%		OK		2%
		10. Generar espacios y ambientes enriquecidos que falciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS y a los microproyectos.	10.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS acorde al proyecto pedagogico del territorio y tematica del mes.	1%	NO	OK		2%
			10.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica	2%		OK		2%
			10.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación	2%		OK		2%
		11. Participar y apoyar 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		2%
			11.2. Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes	3%		OK		0/3%
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	Yeimy Gutierrez
C.C.	1.022816289

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Emilce Perez
C.C.	52.358.654

75%

V°B° PAM.


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
52.861.284
GUTIERREZ GUZMAN
YEIMY PAOLA


31-MAR-1983
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
1.64
O+
F
06-JUN-2001 BOGOTA D.C

Banco de Bogotá

Nit.860.002.964.4
Calle 36 N° 7 - 47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que N/A, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 52.861.284 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 174288779, abierta/o desde el 13/11/2024.

Se expide en Bogotá el día 20 del mes de Noviembre del año 2024

Firma Autorizada

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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141144938266

(415)7707212489984(8020) 000014114493826 6

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	5 2 8 6 1 2 8 4	

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GUTIERREZ	GUZMAN	YEIMY	PAOLA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal
CR 14 45 SUR 16 BRR SANTA LUCIA

42. Correo electrónico politaguti@hotmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 1 1	2 0 0 7 0 5 0 7	4 7 9 9	2 0 1 7 1 1 2 9				

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

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

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024 - 11 - 26 / 10 : 57: 40

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

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre GUTIERREZ GUZMAN YEIMY PAOLA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

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

FORMULARIO UNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

* 01B 18040670 *

* 0111948330 *

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [ ]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [ ] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: C. Contributivo [ ] S. Subsidiado [ ]
4. TIPO DE AFILIADO: CO Cotizante [ ] CF Cabeza de Familia [ ] BE Beneficiario [ ]
5. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [ ] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ] D. Independiente por prestación de servicio [ ] E. Contribución Solidaria [ ]
CÓDIGO
FECHA DE LA SOLICITUD: DÍA | MES | AÑO

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO: Gutierrez | SEGUNDO APELLIDO: Guzman | PRIMER NOMBRE: Yeimy | SEGUNDO NOMBRE: Paola
7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.N. [ ] M.S. [ ] R.C. [ ] T.I. [ ] C.C. [X] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.E. [ ] A.S. [ ] P.T. [ ]
8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 52361284
9. SEXO BIOLÓGICO: F [X] M [ ]
SEXO DE IDENTIFICACIÓN: F [X] M [ ] T [ ] NB [ ]
10. FECHA NACIMIENTO: 31 | 08 | 1983
PAÍS DE NACIMIENTO: Colombia
11. NACIONALIDAD: colombiana

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

12. ETNIA: [ ]
13. COMUNIDAD INDÍGENA: [ ]
14. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [X] CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD: [ ]
15. CLASIFICACIÓN DEL SISBÉN: NIVEL [ ] GRUPO [ ]
16. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL: [ ]
17. ARL: [ ]
18. AFP: Colpensiones
19. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR: Compensar
20. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Dcig 45bsur # 13k52
LOCALIDAD / COMUNA: Rafael Uribe
BARRIO: San Jorge
CIUDAD / MUNICIPIO: Bogotá
DEPARTAMENTO: Cundinamarca
ZONA: CABECERA MUNICIPAL [ ] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]
TELÉFONO FIJO: N/A
Ext.: N/A
TELÉFONO MÓVIL: 3224475653
CORREO ELECTRÓNICO: yguticcereberamerica.edu.co
IPS: Centenario
IPS ODONTOLÓGICA: Centenario

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR – Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

21. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
22. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.E. [ ] P.T. [ ]
23. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
24. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]
SEXO DE IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ]
IPS
IPS ODONTOLÓGICA
25. FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO
PAÍS DE NACIMIENTO
26. NACIONALIDAD

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

	27. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	29. NÚMERO DE IDENTIDAD	30. NACIONALIDAD	COMUNIDAD INDÍGENA	31. SEXO F	31. SEXO M	32. FECHA DE NACIMIENTO DÍA	MES	AÑO	33. PARENTESCO	34. ETNIA	35. DISCAPACIDAD SI	NO	CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD
1		CN MS RC TI CC CE SC PA CD PE AS PT													
2		CN MS RC TI CC CE SC PA CD PE AS PT													
3		CN MS RC TI CC CE SC PA CD PE AS PT													
4		CN MS RC TI CC CE SC PA CD PE AS PT													
5		CN MS RC TI CC CE SC PA CD PE AS PT													

	36. DATOS DE RESIDENCIA Ciudad / Mpio.	Departamento	Zona U	Zona R	Teléfono	37. VALOR UPC	38. CÓDIGO IPS	CÓDIGO IPS ODONTOLÓGICA	EXCEPCIÓN DEL TRASLADO C.G	U.G.F	C.T.A	SISBÉN NIVEL	SISBÉN GRUPO	GRUPO POBLACIONAL
1			U [ ]	R [ ]								I. [ ] II. [ ]		
2			U [ ]	R [ ]								I. [ ] II. [ ]		
3			U [ ]	R [ ]								I. [ ] II. [ ]		
4			U [ ]	R [ ]								I. [ ] II. [ ]		
5			U [ ]	R [ ]								I. [ ] II. [ ]		

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

39. Nombre o Razón Social: Yeimy Gutierrez
40. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: N.I. [ ] T.I. [ ] C.C. [X] C.E. [ ] S.C. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] P.E. [ ] P.T. [ ]
41. Número documento de identidad: 52361284
DV
42. Tipo de aportante o pagador de pensiones: Independiente
43. UBICACIÓN O DIRECCIÓN: Dcig 45bsur # 13k52
CIUDAD / MUNICIPIO: Bogotá
DEPARTAMENTO: Cundinamarca
CORREO ELECTRÓNICO: yguticcereberamerica.edu.co
DIRECCIÓN DOMICILIO: 3224475653
TELÉFONO FIJO (EXT)
FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: 12 | 11 | 2024
CARGO: Educativa Docente
OCUPACIÓN
SALARIO: $1'300.000

B. REPORTE DE NOVEDADES

44. TIPO DE NOVEDAD
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS Código [ ]
6. REINSCRIPCIÓN EN LA EPS [ ]
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR [ ]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
12. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. MOVILIDAD
A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ]
B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
14. TRASLADO
A) MISMO RÉGIMEN [ ]
B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
15. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
16. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
19. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]
20. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO [ ]

DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

45. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.N. [ ] M.S. [ ] R.C. [ ] T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] P.E. [ ] A.S. [ ] P.T. [ ]
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
46. FECHA (a partir de) DÍA | MES | AÑO
47. EPS ANTERIOR Código
48. EXCEPCIÓN DEL TRASLADO C.G [ ] U.G.F [ ] C.T.A [ ]
49. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Identificado(a) con ____ No. ____

PA	Pasaporte expedido por el país de origen solo para extranjeros.
SC	Salvoconducto de permanencia.
CE	Cédula de extranjería
CC	Cédula de ciudadanía expedida por RNEC.
TI	Tarjeta de identidad expedida por RNEC.
RC	Registro civil de nacimiento expedido por RNEC.
MS	Menor sin documento de Identificación
CN	Certificado De Nacido Vivo - DANE

CAPÍTULO IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante.

Declaración de Convivencia. Declaro que convivo con el(la) Señor(a)

en el Régimen Contributivo de los trabajadores dependientes. Registre el nombre de la Entidad Administradora de Riesgos Laborales donde se encuentra afiliado.

18. Administradora de Pensiones: Este dato aplica solo para la afiliación en el Régimen Contributivo. Registre el nombre de la Entidad Administradora de Pensiones donde se encuentra afiliado.

19. Caja de compensación Familiar: Debe colocar el nombre de la Caja de Compensación Familiar donde se encuentra afiliado el cotizante.

20. Residencia: Registre su dirección de residencia actual, de acuerdo a la nomenclatura de la DIAN o Registro Municipal.
-Teléfono (fijo o celular, o ambos)
-Barrio
-Departamento
-Zona: urbana o rural donde se ubica su residencia
-Localidad / comuna si existen en su ciudad, municipio o distrito
-Correo electrónico: Registro importante para comunicarle su estado de afiliación y otras novedades
-Código de IPS
-Código de IPS Odontológica

seguros mundial®

tu compañía siempre

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

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

Afiliados
CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA
PASA APF Asociación Panamericana de Fianzas Panamerican Surety Association

LA COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A

CERTIFICA:

Que la garantía de Cumplimiento contenida en la póliza **COQ-100004482** y endoso, **0** cuyo afianzado es: **GUTIERREZ GUZMAN, YEIMY PAOLA** Asegurado o Beneficiario: **ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA / ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA** , expedida por la Compañía en **26/11/2024,** no expirará por falta de pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella o por revocación unilateral por parte del Tomador o de la Compañía.

CEN ORINOQUIA a los **28** días del mes **NOVIEMBRE** del año **2024.**

Firma Autorizada - Compañia Mundial de Seguros S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

AFILIADOS A LA CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA Y PASA - APF

seguros mundial®
tu compañía siempre

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

Digitally signed by COMPANIA MUNDIAL DE SEGUROS SA
Date: 2024.11.28 16:04:05 -05:00

Código de Seguridad: Pt1PsF9MOcz+c6/mtBtYYQ==

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

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO

ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082

VERSIÓN CLAUSULADO 06-04-2021-1317-P-05-PPSUS2R000000059-D00I

No. PÓLIZA	COQ-100004482	No. ANEXO	0	No. CERTIFICADO	680004711	No. RIESGO	
TIPO DE DOCUMENTO				FECHA DE EXPEDICIÓN	26/11/2024	SUC. EXPEDIDORA	CEN ORINOQUIA

VIGENCIA DESDE		VIGENCIA HASTA		DÍAS	VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE		VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA	
00:00 Horas Del	14/11/2024	24:00 Horas Del	28/02/2025		N/A	N/A	N/A	N/A

TOMADOR	GUTIERREZ GUZMAN, YEIMY PAOLA	**No. DOC. IDENTIDAD**	52.861.284
DIRECCIÓN	CLL 95 N 68F-24	**TELÉFONO**	3108774707
ASEGURADO	ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA	**No. DOC. IDENTIDAD**	830.107.985-1
DIRECCIÓN	CLL 95 # 68 F 24	**TELÉFONO**	3108774707
BENEFICIARIO	ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA	**No. DOC. IDENTIDAD**	830.107.985-1
DIRECCIÓN	CLL 95 # 68 F 24	**TELÉFONO**	3108774707

OBJETO DE CONTRATO

GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO NO.APC2024 -DIMFBRITALIA-CON026 , CUYO OBJETO ES

EL CONTRATISTA EN SU CALIDAD DE TRABAJADOR INDEPENDIENTE, SE OBLIGA PARA CON EL CONTRATANTE A PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO AGENTE
EDUCATIVA - PERFIL 1 EN EL MARCO DEL CONTRATO DE APORTE SUSCRITO CON EL ICBF PARA LA ATENCIÓN DEL DIMF

NOMBRE DEL AMPARO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA$	VALOR PRIMA$
CUMPLIMIENTO	00:00 Horas Del 14/11/2024	24:00 Horas Del 28/02/2025	503.960,00	10.000,00
CALIDAD DEL SERVICIO	00:00 Horas Del 14/11/2024	24:00 Horas Del 28/02/2025	503.960,00	10.000,00
		TOTAL ASEGURADO	$ 1.007.920,00	

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

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

DISTRIBUCIÓN COASEGURO

COMPAÑÍA	TIPO COASEGURO	PÓLIZA LÍDER	CERTIF. LÍDER	% PARTICIPACIÓN

CONVENIO DE PAGO	DIRECTO EFECTIVO, Fecha de Pago: 26/11/2024

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

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

CONSULTA LA AUTENTICIDAD DE ESTA POLIZA INGRESANDO A PRODUCTOS.MUNDIALSEGUROS.COM.CO, DIGITA EL NÚMERO DEL CERTIFICADO QUE ENCUENTRAS EN LA PARTE SUPERIOR DE ESTE DOCUMENTO Y VIVE LA EXPERIENCIA DE ESTAR ASEGURADO CON EL RESPALDO DE SEGUROS MUNDIAL. TAMBIEN PUEDES LLAMAR A LA LINEA NACIONAL 01 8000 111 935 O LÍNEA EN BOGOTÁ 327 47 12 / 13.

EL TOMADOR Y/O ASEGURADO SEGÚN CORRESPONDA, SE COMPROMETE A PAGAR LA PRIMA DENTRO DE LOS 30 DÍAS CONTADOS A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.
DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1068 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, MODIFICADO POR EL ARTÍCULO 82 DE LA LEY 45 DE 1990, **LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PRESENTE PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA.**
EN MI CALIDAD COMO TOMADOR DE LA PÓLIZA INDICADA EN ESTA CARATULA, MANIFIESTO EXPRESAMENTE QUE HE TENIDO A MI DISPOSICIÓN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA MANIFIESTO ADEMÁS, QUE DURANTE EL PROCESO DE NEGOCIACIÓN, ANTICIPADAMENTE ME HAN SIDO EXPLICADAS POR LA COMPAÑÍA Y/O POR EL INTERMEDIARIOS DE SEGUROS AQUÍ INDICADO, SOBRE LAS EXCLUSIONES Y ALCANCES Y CONTENIDOS DE LA COBERTURA, ASI COMO LAS GARANTÍAS, EN VIRTUD DE TAL ENTENDIMIENTO, LAS ACEPTO Y DECIDO TOMARLA PÓLIZA DE SEGUROS CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO.

Firma Autorizada - Compañía Mundial de Seguros S.A.
ANGELA MUNAR - VICEPRESIDENTE DE PRODUCTO
C.C. 52.646.070

TOMADOR

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

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

AFILIADOS A LA CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA Y PASA - APF

Ciudad: BOGOTA D.C Mes: NOVIEMBRE 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. 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 noviembre 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 Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Johanna Mayoral

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

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

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO POR CARGO

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	Harvory Johanna Hayoral C.
CARGO	PSICOSOCIAL
PERIODO	NOVIEMBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION NOVIEMBRE	10	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%	Nov	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, por profesional psicosocial)	2.1 Gestiones, en torno a los micro proyectos, salud,citas médicas y vacunación	5%	Nov	OK		
			2.2 Liderar la movilización social del mes: Foro" Gestando con amor :para ser libres de violencia :a favor de una infancia en paz"			OK		
		3. Validación criterios de focalizacion junto con el documento de identidad, de los nuevos ingresos de NOVIEMBRE, que son_____	3.1 Formato Visita Criterios de Focalizacion_____ 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%	Nov	OK OK OK OK		1 sisben 5 visitas
		4. Realizacion procesos de caracterización, de ___ ingresos para Noviembre 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%	Nov	OK		6 Correct
		5. Procesos de Formación y cualificación al Talento Humano de acuerdo con el tema del Plan de Formacion al TH Noviembre (escala cualitativa, salud mental y semana del buen trato)	5.1 Acta, Registro fotografico y Firmas	10%	Nov	OK		
		6. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias, Noviembre (escala cualitativa, salud mental y semana del buen trato)	6.1 Planeación cargada al drive 6.2 Realización de los 9 talleres, de las UAS delegadas 6.3. Registro fotografico	10%		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%	Nov	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%	Nov	OK		1 CESO.
		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		6 Genogr.
		11. Acompañar y apoyar la entrega de RPP	11.1 Acta de verificación de la RPP con el comite de control social en compañia de la Nutricionista 1 por UDS	5%				
		12.Seguimiento a casos de transito armonico	12.1 Realizar acta de sensibilización y gestión de los casos que requieren orientacion para el trasito armonico 12.2 Base de tránsito armónico 1 por UDS	5%		OK		sensibi.
		13. Informe de gestion mensual en el formato F8 contractual y general de acciones	13. Formato de Informe – Enviado por Coordinacion 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%	Nov	OK		
			TOTAL	100%				

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

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	
C.C.	

VoBº ENVIO

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	Johanna Mayoral Cerquera
CARGO	PSICOSOCIAL
PERIODO	NOVIEMBRE

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 NOVIEMBRE	10	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%	NOV	OF		
		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, por profesional psicosocial)	2.1 Gestiones, en torno a los micro proyectos, salud,citas médicas y vacunación	5%	NOV	OF		
			2.2 Liderar la movilización social del mes: Foro" Gestando con amor :para ser libres de violencia :a favor de una infancia en paz"			OF		
		3. Validación criterios de focalizacion junto con el documento de identidad, de los nuevos ingresos de NOVIEMBRE, que son_____	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%	NOV	OK OF OF OF		sisben 6 visitas 12
		4. Realizacion procesos de caracterización, de ___ ingresos para Noviembre 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%	NOV	OF		16 cerec
		5. Procesos de Formación y cualificación al Talento Humano de acuerdo con el tema del Plan de Formacion al TH Noviembre (escala cualitativa, salud mental y semana del buen trato)	5.1 Acta, Registro fotografico y Firmas	10%	NOV	OF		
		6. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias, Noviembre (escala cualitativa, salud mental y semana del buen trato)	6.1 Planeación cargada al drive 6,2 Realización de los 9 talleres, de las UAS delegadas 6.3. Registro fotografico	10%	NOV	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%	NOV	OK		
		8.Seguimiento a poblacion migrante y desplazados.	8.1 Base excel poblacion migrante y desplazados, Formatos APC 1 por UDS	5%				
		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%				
		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%	NOV	OK		16 familiogr
		11. Acompañar y apoyar la entrega de RPP	11.1 Acta de verificación de la RPP con el comité de control social en compañía de la Nutricionista 1 por UDS	5%				
		12.Seguimiento a casos de transito armonico	orientacion para el trasito armonico 12.2 Base de tránsito armónico 1 por UDS	5%				3 c2 3c
		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%	NOV	OF		
			TOTAL	100%				

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

FIRMA COORDINADORA	Emile P
NOMBRE:	Emile P
C.C.	22[illegible]3C

VoB° (illegible)

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52617201	MARYORY JOHANNA MAYORAL CERQUERA	Calle 55 a sur # 68 -39 apto 502	3155573028	johannamayoral0@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	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	
2024-10	2024-10	I	18/11/2024	81142710	$380.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS006	Compensar EPS	860066942-7	162.500	0		0		0	13	1.500	0	164.000	1

TOTALES PENSIÓN											
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	208.000	0	0	0	0	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	830039730-5	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	164.000
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	380.900

Este documento esta 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	52817201	MARYDRY JOHANNA MAYORAL CERQUERA		Calle 65 a sur # 62 - 39 apto 303	3165573028	johannamayoral0@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2024-10	2024-10	I	16/11/2024	81142710	TOTAL A PAGAR	
					$380,900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE											INFORMACION NOVEDADES																								PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colombiano en el Exterior	Estudiante	IGE	IRP	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cod. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cod. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cod. 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	52817201	MAYORAL CERQUERA MARYDRY JOHANNA	19	0			12																	25-14	1,300,000	368,000	0	0	0	0	EPS003	1,300,000	162,500	14-11	1,300,000	1	6,450		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 628202

domingo, 17 de noviembre de 2024, 5:06:28 PM

Detalle

$380,900.00

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	2024-11-17 5:04:58
NIT del comercio	9998600669427
Número de factura	81142710
Código Único de Seguimiento	1057361041
Dirección IP:	181.50.84.124
Referencia 1:	
Referencia 2:	CC
Referencia 3:	52517201

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

CUENTA DE COBRO No. 10

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

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

NOMBRE: YURI ALEXANDRA GARCIA
CEDULA: 1.032.378.513
CUENTA BANCARIA: 075601401 **BANCO: BOGOTA AHORRO _X_ CORRIENTE ___**
LA SUMA DE: ($2.519.800) DOS MILLONES QUINIENTOS DIECINUEVE MIL OCHOCIENTOS PESOS M/Cte.
PERIODO: Fase de Atención Noviembre 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 Rojas Aguilar.
Coordinador
C.C. 52.278.676

Aprobado por:

Ana Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

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

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

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO POR CARGO

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO-KENNEDY
NOMBRE	Yuri Alexandra Garcia
CARGO	PSICOSOCIAL
PERIODO	NOVIEMBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION NOVIEMBRE	10	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%	Noviembre	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, por profesional psicosocial)	2.1 Gestiones, en torno a los micro proyectos, salud,citas médicas y vacunación	5%	Noviembre	OK		• Salones • policia.
			2.2 Liderar la movilización social del mes: Foro" Gestando con amor :para ser libres de violencia :a favor de una infancia en paz"			OK		
		3. Validación criterios de focalizacion junto con el documento de identidad, de los nuevos ingresos de NOVIEMBRE, que son_____	3.1 Formato Visita Criterios de Focalización 7 para los casos de ingreso nuevos que aplique	10%	Noviembre	OK		criterios 7
			3.2. Subir al drive creado por grupo territorial, los criterios de focalización de los participantes nuevos_____, a los cuales no aplica visita.			OK		sisben 0
			Se carga la totalidad de Criterios de Focalización de _____ Participantes coresponditentes a los tres grupos de atención delegados.			OK		
			3.3 Cronograma de Visitas - Firma de las familias Visitadas (Formato APC)					
			3.4. Base de criterios de focalizacion unificada por UDS			OK		OK 7
		4. Realizacion procesos de caracterización, de ___ ingresos para Noviembre de las Unidades delegadas en el territorio.	4.1 Registro de 7 Nuevos participantes, en el formato (f23.mo12.pp_formato_ficha_de_caracterizacion_para_los_servicios_de_atencion_a_la_primera_infancia_v2),	15%	Noviembre	OK		
		5. Procesos de Formación y cualificación al Talento Humano de acuerdo con el tema del Plan de Formacion al TH Noviembre (escala cualitativa, salud mental y semana del buen trato)	5.1 Acta, Registro fotografico y Firmas	10%	Noviembre	OK		salud mental
		6. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias, Noviembre (escala cualitativa, salud mental y semana del buen trato)	6.1 Planeación cargada al drive	10%	Noviembre	OK		
			6.2 Realización de los 9 talleres, de las UAS delegadas			OK		
			6.3. Registro fotografico.			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%	Noviembre	OK		
		8.Seguimiento a poblacion migrante y desplazados.	8.1 Base excel poblacion migrante y desplazados, Formatos APC 1 por UDS	5%	Noviembre	OK		6 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%	Noviembre	OK		N/A
		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%	Noviembre	OK		7 Fami;
		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	5%	Noviembre	OK		
		12.Seguimiento a casos de transito armonico	12.1 Realizar visita con la sensibilización y gestion de los casos que requieren orientacion para el trasito armonico 12.2 Base de tránsito armónico 1 por UDS	5%	Noviembre	N/A		Acta General
		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%	Noviembre	OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Yuri Alexandra Garcia Ruiz
NOMBRE:	Yuri Alexandra Garcia
C.C.	1032378513

FIRMA COORDINADORA	Emilio Rojas
NOMBRE:	Emilio Rojas
C.C.	92+864 6

VoBo DIMF

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1032378513		GARCIA AVILA YURI ALEXANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 708 # 058 06	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1234567	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2024-11	2024-11	17628376	9477385332	I	2024/12/04	2024/11/18	BANCO DE OCCIDENTE	0	$395,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	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

2024/11/18 05:31 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 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
2024-11	2024-11	17628376	9477385332	I	2024/12/04	2024/11/18	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

Pantored no ta cobra por esta transacción PAGO DE PLANILLAS

TRANSACCIÓN EXITOSA

Fecha	18/11/2024
Hora	12:37:47
Terminal	347670
Convenio	PILA PLANTILLA ASISTIDA APORTES EN LINEA
Cod. Convenio	1506
Comercio	477883
No. Aprob Banco	628376
Referencia	9477385332
No. aprob Pantored	001044277148
Valor	$395,900
Usuario de Venta	JORGE EDUARDO PRIE

Línea de atención Nacional
01 8000 512825 Opción 2 Email:
corresponsalesaval@ventasyservicios.c

BANCO DE OCCIDENTE
VIGILADO SUPERINTENDENCIA
FINANCIERA DE COLOMBIA

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

CUENTA DE COBRO No. 10

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 noviembre 2024.

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

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

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

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

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

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

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

Atentamente,
NOMBRE: Johanna Andrea Contreras Marín
C.C. 53.077.091
Correo: andreco85@gmail.com
Dirección: KR 71 B BIS 5 17
Teléfono: 3214207614

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

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO POR CARGO

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	ANDREA CONTRERAS
CARGO	NUTRICIONISTA
PERIODO y FECHA	NOVIEMBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISIÓN	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCIÓN NOVIEMBRE	10	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias como se establece en Cronograma de Capacitación, de acuerdo a la propuesta de cada Nutricionista por territorio. (Realización piezas comunicativas para la divulgación de los temas de salud y nutrición los cuales podrán ser utilizados por los agentes educativos o compartidos por canales de comunicación digital.)	1.1 Planeación cargada al drive. Tema Noviembre Doble carga nutricional Colombia Tema lactancia noviembre: Licencia de maternidad, paternidad lactancia.	25%	Abril a la			
		1.1 Estrategia IEC: **Doble carga nutricional** en **Colombia** 1.2 Promoción de la lactancia materna: Licencia de **Maternidad, Paternidad y Lactancia**	1.2 Formación a familias: Infografías y campañas de divulgación. 1.3 Planeaciónformato Canilla 1.4. Acta con Fotografíasy Firmas			OK		
		2. Cualificación al Talento Humano, según Cronograma de estrategia IEC Temas de Noviembre 2.1 Estrategia IEC: ENFERMEDADES TRASMITIDAS POR ALIMENTOS (ETA) 2.2 Promocion de la lactancia materna:Licencia de Maternidad, Peternidad y Lactancia 2.3 Doble carga nutricional en Colombia	2.1 Planeación cargada al drive 2.2 Acta de proceso con listados de asistencias en físico y digital. 2.3 Registro Fotográfico	5%		OK		
		3. Tamizaje nutricional toma al 100% de los participantes	3.1. Cronograma de fecha concertado con coordinador de territorio y duplas para el tamizaje	10%	Noviem			
			Formato Toma de datos antropometricos: 3.1.1 el F11 y F16 en Excel 3.1.2 El f11 y f16 en PDF Para todos los participantes 190 según corresponda, la toma.			OK		190 Ingresos (Hasido)
			3.3. Formato borrador de tamizaje nutricional (formato APC) este se utiliza con el fin de recolectar todos los datos complementarios que se requiere diligenciar en cuéntame, para un participante nuevo			OK		
		4. Cargar a la plataforma Cuéntame los datos correspondientes al 100% de ingresos del mes de NOVIEMBRE	4.1. cargue al cuéntame del 100% de los datos antropométricos y variables de salud, con calidad y veracidad, al terminar la toma, es responsabilidad del nutricionista descargar el reporte, ***válida FALG, perímetros braquial menor a 11.5, casos de DNT aguda para activación inmediata de ruta de Desnutrición.***	10%		OK		Riesgo de Desnutrición
		5. Seguimiento Nutricional a Casos (Casos Evento 113, Casos de Desnutrición reporte cuentame y Casos de Riesgo de desnutrición aguda reporte cuentame)	Casos Desnutrición N.____: (descargados por aplicativo cuéntame y los que se han reportado en meses anteriores) 5.1. Correo electrónico EAPB 5.2. PQR a la EAPB 5.3. Remisión a la familia (Formato APC) 5.4. Seguimiento Nutricional (Formato APC) 5.5 Seguimiento mensual en cuéntame (toma de antropometría mensual)	10%	Nov	OK		Riesgo de desnutrición
			Casos Riesgos de Desnutrición Aguda N. 1 (priorización para encuentro en el hogar) 5.6. Matriz de seguimiento a casos 5.7. Seguimiento cartilla encuentros en el hogar		Abril a Noviembre	OK		
			Evento 113 N.____: De acuerdo a las solicitudes del CZ los casos que desde la secretaria de salud sean identificados y notificados como desnutrición aguda, deberán contar con seguimiento y acercamiento a las familias para la validación de servicios recibidos por la EAPB, tales como: 5.8. Entrega de FTLC 5.9. consulta de CYD; nutrición, pediatría, exámenes complementarios. 5.10. La información recibida deberá registrarse en formato de acta APC anexando los soportes que la familia entregue. 5.11 Cargue mensual al cuéntame de datos antropométricos			2		6
		8. Encuentros en el hogar (Se concerta con el equipo de la unidad los casos a visitar de acuerdo con la priorización)	8.1. Encuentros en el hogar a casos priorizados: Riesgo de desnutrición, mujeres gestantes bajo peso o puerperio	20%		OK		
		9. Gestión Territorial y articulación con el equipo	9.1 Acta de asistencia a comités locales SAN 1 nutricionista por territorio	10%	Nov a Nov			
			9.2 Actas de asistencia a Asistencias técnicas del Centro Zonal					
			9.3 Asistencia a los grupos de estudio			OK		
		10. Informe de gestión mensual en el formato fé contractual y general de acciones	10.1 Formato de Informe – Enviado por Coordinación Drive	10%		OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	ANDREA CONTRERAS
C.C.	53077091

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Emilce A
C.C.	52[illegible]6

V°B°

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	53077091	JOHANNA ANDREA CONTRERAS MARIN	calle 2 No 92 D-39 Torre 39 Apto101	4711217	andrec085@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	
2024-10	2024-10	I	18/11/2024	81213317	$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
23030	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	830903730-5	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

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.	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	18/11/2024	81213317	$737.300	

LE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colombiano en el exterior	Desconocido	ING	RET	RDE	RLE	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
53077091	CONTRERAS MARIN JOHANNA ANDREA	59	0				N																		23030	2.337.200	374.000	0	0	0	0	CF5008	2.337.200	292.200	14-11	2.337.200	3	57.000	CCF24	2.337.200	14.100	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Gmail

Andrea Contreras <andreco85@gmail.com>

PSE Transacción Aprobada - CUS 1053844185

1 mensaje

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co> 15 de noviembre de 2024, 20:21
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: 1053844185
Empresa: COMPENSAR-OI
Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Valor de la Transacción: $ 737.300
Fecha de Transacción: 15/11/2024

Ten en cuenta estos tips de seguridad

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

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

CUENTA DE COBRO No. 10

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 Noviembre 2024.

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

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

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

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

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

Autorizado por:

Emilce Rojas Aguilar.
Coordinador
C.C. 52.278.676

Aprobado por:

Ana Rocio Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

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.

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO POR CARGO

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

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISIÓN	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCIÓN NOVIEMBRE	10	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias como se establece en Cronograma de Capacitación, de acuerdo a la propuesta de cada Nutricionista por territorio. (Realización piezas comunicativas para la divulgación de los temas de salud y nutrición. los cuales podrán ser utilizados por los agentes educativos o compartidos por canales de comunicación digital.) 1.1. Estrategia IEC: **Doble carga nutricional en Colombia** 1.2. Promoción de la lactancia materna: **Licencia de Maternidad, Paternidad y Lactancia**	1.1 Planeación cargada al drive. Tema Noviembre:Doble carga nutricional Colombia Tema lactancia noviembre: Licencia de maternidad, paternidad lactancia.	25%	Noviembre	OK		
			1,2 Formación a familias: Infografías y campañas de divulgación. 1.3 Planeaciónformato Carilla 1.4. Acta con Fotografíasy Firmas			OK		
		2. Cualificación al Talento Humano, según Cronograma de estrategia IEC Temas de Noviembre 2.1. Estrategia IEC: ENFERMERDADES TRASMITIDAS POR ALIMENTOS (ETA) 2.2. Promocion de la lactancia materna:Licencia de Maternidad, Paternidad y Lactancia 2.3 Doble carga nutricional en Colombia	2.1 Planeación cargada al drive 2.2 Acta de proceso con listados de asistencias en físico y digital. 2.3 Registro Fotográfico	5%		OK		
		3. Tamizaje nutricional toma al 100% de los participantes.	3.1. Cronograma de fecha concertado con coordinador de territorio y duplas para el tamizaje	10%	Noviem.	OK		
			Formato Toma de datos antropometricos: 3.1.1 el F11 y F16 en Excel 3.1.2 El f11 y f16 en PDF Para todos los participantes _____según corresponda, la toma.					150 MAS UN ingreso
			3.3. Formato borrador de tamizaje nutricional (formato APC) este se utiliza con el fin de recolectar todos los datos complementarios que se requiere diligenciar en cuéntame, para un participante nuevo			N/A		
		4. Cargar a la plataforma Cuéntame los datos correspondientes al 100% de ingresos del mes de NOVIEMBRE	4.1. cargue al cuéntame del 100% de los datos antropométricos y variables de salud, con calidad y veracidad, al terminar la toma, es responsabilidad del nutricionista descargar el reporte, ***válida FALG, perímetros braquial menor a 11.5, casos de DNT aguda para activación inmediata de ruta de Desnutrición.***	10%	Noviem.	N/A		
		5. Seguimiento Nutricional a Casos (Casos Evento 113, Casos de Desnutrición reporte cuentame y Casos de Riesgo de desnutrición aguda reporte cuentame)	Casos Desnutrición N.____: (descargados por aplicativo cuéntame y los que se han reportado en meses anteriores) 5.1. Correo electrónico EAPB 5.2. PQR a la EAPB 5.3. Remisión a la familia (Formato APC) 5.4. Seguimiento Nutricional (Formato APC) 5.5 Seguimiento mensual en cuéntame (toma de antropometría mensual)	10%	Nov	N/A		
			Casos Riesgos de Desnutrición Aguda N. _____ (priorización para encuentro en el hogar) 5.6. Matriz de seguimiento a casos 5.7. Seguimiento cartilla encuentros en el hogar		Noviembre	N/A		
			Evento 113 N____: De acuerdo a las solicitudes del CZ los casos que desde la secretaria de salud sean identificados y notificados como desnutrición aguda, deberán contar con seguimiento y acercamiento a las familias para la validación de servicios recibidos por la EAPB, tales como: 5.8. Entrega de FTLC 5.9. consulta de CYD; nutrición, pediatría, exámenes complementarios. 5.10. La información recibida deberá registrarse en formato de acta APC anexando los soportes que la familia entregue. 5.11 Cargue mensual al cuéntame de datos antropométricos			10 OK		
		8. Encuentros en el hogar (Se concerta con el equipo de la unidad los casos a visitar de acuerdo con la priorización)	8.1. Encuentros en el hogar a casos priorizados: Riesgo de desnutrición, mujeres gestantes bajo peso o puerperio	20%		OK		
		9. Gestión Territorial y articulación con el equipo	9.1 Acta de asistencia a comites llocales_SAN 1 nutricionista por territorio	10%	Nov			
			9. 2 Actas de asistencia a Asistencias técnicas del Centro Zonal			OK		
			9. 3 Asistencia a los grupos de estudio			OK		
		10. Informe de gestión mensual en el formato f8 contractual y general de acciones	10.1 Formato de Informe – Enviado por Coordinación Drive	10%		OK		
			TOTAL	100%				

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

FIRMA COORDINADORA	Firmado
NOMBRE:	EMILCE POLO
C.C.	22796[illegible]

V°B° EMMU

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
2024-11	2024-11	1046372701	5477033122	I	2024/12/20	2024/11/13	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

2024/11/13 08:04 AM

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:	181.57.2.138
Estado de la transacción:	APROBADA
Clave planilla:	9477033122
Valor:	384,100
Período de pago:	2024-11
No Transacción (CUS):	1046372701
Fecha:	2024/11/13
Banco:	BANCOLOMBIA
Aportes en línea:	9999001472362

Aceptar

Imprimir

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

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

CUENTA DE COBRO No. 10

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 Noviembre 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 Roció 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
CARGO	APOYO PEDAGOGICO UDS
PERIODO y FECHA	NOVIEMBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	APOYO PEDAGOGICO: FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCIÓN NOVIEMBRE	10	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)	10%	Noviembre	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: NOVIEMBRE Visibilizando Proyectos (Salud Mental)	10%		OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF) **Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación, tener en cuenta lo planeado en los microproyectos**	2.1. **Planeacion Encuentro en el hogar** (1 por cada participante - cargada en en el cuaderno digital en el drive correspondiente - de acuerdo al grupo etareo) - historica desde la primera atencion	5%	Noviembre	OK		
			2.2 Cronograma de visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/o ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente.	5%		OK		
			2.3 Cartilla digital Parte uno: i. Conociendonos al 100% diligenciada, ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, iii. Seguimiento al desarrollo, escala de valoración iv. Parte 5 Seguimiento a situaciones de riesgo diligenciada v. Notas complementarias del 8 mes de atención	5%		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	2%	Noviembre	OK		
			3.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA al 100%	2%		OK		
			3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA al 100%	2%				
			3.4 Archivo Fisico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas) al 100%	2%		OK		
			3.5 Formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF al 100%	2%				
			3.6 Formato compromiso entrega de documentos a todos los participantes	2%		OK		
		4. Entrega y socializacion de las escalas	4.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que aplique para el mes NOVIEMBRE __(documento en fisico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante) i. Aplicacion de la tercera toma de la escala para los ingresos de Febrero ii. Aplicacion de la segunda toma de la escala para los ingresos de Mayo ii. Primera aplicacion ingresos del mes Agosto y de meses anteriores, dependiendo la fecha de ingreso y la edad de los niños de los 5 meses en adelante	7%	Noviembre	OK		
			4.2 Socializacion de la escala ____ Aplicada el mes pasadao, es decir ingresos julio)	7%		OK		
		5. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento	5.1 Apoyar en el seguimiento de novedades de inasistencia, casos de estados de salud, puerperios, hechos de violencias y demás que se presenten en los encuentros por grupo de atencion	10%		OK		
		6. Formato de ficha de caracterización de practicas y acciones tf	6.1 Apoyar en los Archivos de excel de practicas (1 x UA) participantes nuevos 1 unificado por los 50 participantes.	7%	NOV.			
		7. Realizar la entrega de la presentacion en power point de los microproyectos	7.1 Complementar la presentacion final de los micropoyectos con: ¿Qué resulto? ¿Como se presenta? Retos – Desafios	5%	NOV	OK		
		8. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faciliten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	8.1 Ambietación de espacios fisicos de la UDS que se sean asigandos.	2%				
			8.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica.	3%	NOV	OK		
			8.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación.-	5%				
			8.4 Asegurar y mantener el orden y la limpieza.	5%				
		9. Participar y apoyar en las dinamicas relacionadas con la operación.	9.1 Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes	2%	NOV	OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	
C.C.	1007078637 6.

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Emilce Rojas
C.C.	52 [illegible]

VoBo Emilce

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	
2024-10	2024-10	I	12/11/2024	81588307	$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	
2024-10	2024-10	I	12/11/2024	81588307	$377.300	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	INC	RET	TDF	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
CC	1020786376	MUÑOZ CARDENAS ANGIE TATIANA	59	0			N																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS008	1.300.000	162.500	14-11	1.300.000	1	6.800		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

12:27 LTE 77

¡Yey! La transacción fue pagada con éxito.

Descripción de compra
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Estado de la solicitud
Transacción aprobada

Tienda
COMPENSAR-OI

Fecha de solicitud
Tue Nov 12 00:00:00 COT 2024

CUS
1044675163

¿Cuánto?
$ 377.300,00

Factura de comercio
81588307

Tu plata salió de:



Disponible

Listo

Imprimir

paga.nequi.com.co

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

CUENTA DE COBRO No. 10

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 noviembre 2024

CONCEPTO: Auxiliar Pedagogíca 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 R

Emilce Rojas Aguilar
Coordinadora
C.C 52.278.676

Aprobado por:

Ana Rocío 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	NOVIEMBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	APOYO PEDAGOGICO: FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCIÓN NOVIEMBRE	10	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones deFamilias 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 los cuatro planeaciones de las áreas correspondientes (Formato ICBF)	10%	Noviembre 1-2	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 NOVIEMBRE Visibilizando Proyectos (Salud Mental)	10%		OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF) Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación, tener en cuenta lo planeado en los microproyectos	2.1. Planeacion Encuentro en el hogar (1 por cada participante - cargada en en el cuaderno digital en el drive correspondiente - de acuerdo al grupo etareo) - historica desde la primera atencion	5%		OK		48 ciclo (cuerpo)
			2.2 Cronograma de visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/o ___ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente	5%				
			2.3 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	5%		OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en físico como en drive (50)	Actualización de los nuevos participantes 3.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo formato version 2 de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante	2%	Noviembre 6-8	OK		
			3.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA al 100%	2%		OK		
			3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA _ al 100%	2%		OK		
			3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas) al 100%	2%		OK		
			3.5 Formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF al 100%	2%		OK		
			3.6 Formato compromiso entrega de documentos a todos los participantes.	2%		OK		
		4. Entrega y socializacion de las escalas	4.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que aplique para el mes NOVIEMBRE __ (documento en físico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante) i. Aplicacion de la tercera toma de la escala para los ingresos de Febrero ii. Aplicacion de la segunda toma de la escala para los ingresos de Mayo iii. Primera aplicacion ingresos del mes Agosto y de meses anteriores, dependiendo la fecha de ingreso y la edad de los niños de los 5 meses en adelante	7%	Noviembre 7-8			
			4.2 Socializacion de la escala ___ Aplicada el mes pasadoo, es decir ingresos julio)	7%		OK		21 (sociclo 2)
		5. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento	5.1 Apoyar en el seguimiento de novedades de inasistencia, casos de estados de salud, puerperios, hechos de violencias y demás que se presenten en los encuentros por grupo de atención	10%	Noviembre 11-12	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		
		7. Realizar la entrega de la presentacion en power point de los microproyectos	7.1 Complementar la presentacion final de los microproyectos con: ¿Qué resulto? ¿Como se presento? Retos – Desafios	5%		OK		
		8. Generar espacios y ambientes enriquecidos que feliciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	8.1 Ambietacion de espacios físicos de la UDS que se sean asigandos.	2%		OK		
			8.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica.	3%		OK		
			8.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación.-	5%		OK		
			8.4 Asegurar y mantener el orden y la limpieza.	5%		OK		
		9. Participar y apoyar en las dinamicas relacionadas con la operación.	9.1 Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes	2%		OK		
			TOTAL	100%				

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

FIRMA COORDINADORA	Emilse
NOMBRE:	Emilse Lopez Aguilar
C.C.	52886726

VoBo DMF

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
2024-10	2024-10	1000002014	9476786667	I	2024/11/20	2024/11/18	BANCO DE BOGOTA	0	$377,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES					
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,300,000	$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	53093373	BUITRAGO CLAUDIA																	23100 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 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
2024-10	2024-10	1000002014	9476786667	I	2024/11/20	2024/11/18	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

¡Pago exitoso!

Noviembre 18 del 2024

Banco de Bogotá

Valor de la transferencia

$377.300,00

Pago de servicios PLANILLA AS APOR 9476786667 por Internet realizado el 16/11/2024

Costo de la transacción: **Gratis**

Cuenta origen: Ahorros No. 0075611343

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

CUENTA DE COBRO No. 10

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 Noviembre 2024.

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

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

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

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

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

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

Aprobado por:
Ana Rocío 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	Koenth Junco
CARGO	APOYO PEDAGOGICO UDS
PERIODO y FECHA	NOVIEMBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	APOYO PEDAGOGICO : FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCIÓN NOVIEMBRE	10	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)	10%	Noviembre	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. NOVIEMBRE Visibilizando Proyectos (Salud Mental)	10%		OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF) **Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación, tener en cuenta lo planeado en los microproyectos**	**2.1. Planeacion Encuentro en el hogar** (1 por cada participante - cargada en en el cuaderno digital en el drive correspondiente - de acuerdo al grupo etareo) - historica desde la primera atencion	5%	Noviembre	OK		sociales
			2.2 Cronograma de visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/o ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente.	5%		OK		
			2.3 Cartilla digital Parte uno: i. Conociendonos al 100% diligenciada, ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, iii. Seguimiento al desarrollo, escala de valoración iv. Parte 5 Seguimiento a situaciones de riesgo diligenciada v. Notas complementarias del 8 mes de atención	5%		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	2%	Noviembre	OK		
			3.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA al 100%	2%		OK		50
			3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA _ al 100%	2%		OK		
			3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas) al 100%	2%		OK		
			3.5 Formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF al 100%	2%		OK		
			3.6 Formato compromiso entrega de documentos a todos los participantes.	2%		OK		
		4. Entrega y socializacion de las escalas	4.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que aplique para el mes NOVIEMBRE ___ (documento en fisico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante) i. Aplicacion de la tercera toma de la escala para los ingresos de Febrero ii. Aplicacion de la segunda toma de la escala para los ingresos de Mayo ii. Primera aplicacion ingresos del mes Agosto y de meses anteriores, dependiendo la fecha de ingreso y la edad de los niños de los 5 meses en adelante	7%	Noviembre	OK		29 escalas
			4.2 Socializacion de la escala ____ Aplicada el mes pasado, es decir ingresos julio)	7%		OK		20 esc.
		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%	Noviembre	OK		
		6. Formato de ficha de caracterización de practicas y acciones f?	6.1 Apoyar en los Archivos de excel de practicas (1 x UA) participantes nuevos 1 unificado por los 50 participantes	7%		OK		
		7. Realizar la entrega de la presentacion en power point de los microproyectos	7.1 Complementar la presentacion final de los microproyectos con: ¿Qué resulto? ¿Como se presenta? Retos – Desafios	5%	Noviembre	OK		
		8. Generar espacios y ambientes enriquecidos que falciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	8.1 Ambietación de espacios físicos de la UDS que se sean asigandos.	3%	Noviembre	OK		
			8.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica.	3%		OK		
			8.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación.-	5%		OK		
			8.4 Asegurar y mantener el orden y la limpieza.	5%		OK		
		9. Participar y apoyar en las dinamicas relacionadas con la operación.	9.1 Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes	2%	Nov.	OK		
		TOTAL		100%		0		

FIRMA CONTRATISTA	Koenth Junco
NOMBRE:	Koenth Junco
C.C.	52937713

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Emilce Rojas Aguilar
C.C.	52.278.676

UDS GESTANDO

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: 81177852

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	KARENTH JEANNETH JUNCO
Tipo y número de identificación	CC52932713
Número de planilla	81177852
Fecha pago	2024-11-18
Número de autorización pago	1834896
Banco	1083

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

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

PAGADA 81177852

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

EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	230201	1300000	1300000	1300000	0	162500	0	208000	0	6800	0

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

COMPENSAR
NIT 860066942-7
RECAUDO MIPLANILLA

FECHA Y HORA TRANSACCIÓN: 2024/11/18 - 12:15 p.
DOCUMENTO: CC 52932713
NOMBRE USUARIO:
KARENTH JEANNETH JUNCO
MODULO: KENMAQ08
ID PAGO:41921776

NO PLANILLA: 8381177852
PERIODO DE PAGO: octubre
VALOR PAGADO: $ 380600

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

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

CUENTA DE COBRO No. 01

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2024-DIMF KENNEDY -CON 024

NOMBRE: Luz Herminda Cadena Avendaño
CEDULA: 1.030.555.808
CUENTA BANCARIA: 161957014 **BANCO: BOGOTA AHORRO _X_ CORRIENTE ___**
LA SUMA DE: ($2.211.631) DOS MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE.
PERIODO: Fase Atención Noviembre 2024

CONCEPTO: Apoyo Pedagógico 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: ($2.211.631) 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 R

Emilce Rojas Aguilar
Coordinadora
C.C 52.278.676

Aprobado por:

Ana Rocio Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Luz Herminda Cadena

NOMBRE: Luz Herminda Cadena Avendaño
C.C. 1.030.555.808
Correo: luzherca1985@gmail.com
Dirección: Calle 45ª sur # 24-27
Teléfono: 3224475653

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

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

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	luz Cadena Avendaño
CARGO	APOYO PEDAGOGICO UDS
PERIODO y FECHA	NOVIEMBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	APOYO PEDAGOGICO: FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCIÓN NOVIEMBRE	10	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)	10%	Noviembre	OK		7%
			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: NOVIEMBRE Visibilizando Proyectos (Salud Mental)	10%		OK		10%
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF) **Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación, tener en cuenta lo planeado en los microproyectos**	2.1. **Planeacion Encuentro en el hogar (1** por cada participante - cargada en en el cuaderno digital en el drive correspondiente - de acuerdo al grupo etareo) - historica desde la primera atencion	5%	Noviembre		N/A	0%
			2.2 Cronograma de visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/o ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente.	5%			N/A	0%
			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	5%		OK		5%
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en físico como en drive (50)	Actualización de los nuevos participantes 3.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo formato version 2 de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante	2%	Noviembre		N/A	0%.
			3.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA al 100%	2%		OK		2%.
			3.3 Digitalización de cada una de los documentos de los participantes del GA _	2%		OK		2%.
			3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas) al 100%	2%		OK		2%.
			3.5 Formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF al 100%	2%		OK		2%.
			3.6 Formato compromiso entrega de documentos a todos los participantes	2%		OK		2%.
		4. Entrega y socializacion de las escalas	4.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que aplique para el mes NOVIEMBRE __ (documento en físico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante) i. Aplicacion de la tercera toma de la escala para los ingresos de Febrero ii. Aplicacion de la segunda toma de la escala para los ingresos de Mayo ii. Primera aplicacion ingresos del mes Agosto y de meses anteriores, dependiendo la fecha de ingreso y la edad de los niños de los 5 meses en adelante	7%	Noviem	OK		7%
			4.2 Socialización de la escala ____ Aplicada el mes pasadao, es decir ingresos julio	7%			N/A	0%
		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%	Noviem	OK		10%
		6. Formato de ficha de caracterización de practicas y acciones tf	6.1 Apoyar en los Archivos de excel de practicas (1 x UA) participantes nuevos 1 unificado por los 50 participantes.	7%		OK		7%.
		7. Realizar la entrega de la presentacion en power point de los microproyectos	7.1 Complementar la presentacion final de los microproyectos con: ¿Qué resulto? ¿Como se presento? Retos – Desafios	5%	Noviem	OK		5%.
		8. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faciliten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	8.1 Ambientacion de espacios físicos de la UDS que se sean asignados.	2%	Noviem	OK		2%.
			8.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica.	3%		OK		3%.
			8.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación -	5%		OK		5%.
			8.4 Asegurar y mantener el orden y la limpieza.	3%		OK		2%.
		9. Participar y apoyar en las dinamicas relacionadas con la operación.	9.1 Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes	2%	Noviem	OK		2%.
		TOTAL		100%				75%

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	luz Cadena Avendaño
C.C.	1033 676 702

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	EMILCE ROJAS
C.C.	52.291.603

V°B° EMILCE

DIAN — Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto: 01 Inscripción

4. Número de formulario: 141145670245

(415)7707212489984(8020) 000014114567024 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1033676702	4	Impuestos de Bogotá 32	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 13	1033676702	

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CADENA	AVENDAÑO	LUZ	HERMINDA

35. Razón social

36. Nombre comercial / 37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CL 45 A Sur # 24 - 27 CA

42. Correo electrónico: luzherca1985@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
18.002	3024528086	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8511	2019/12/17	8512	2019/12/17				

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] — 60. No. de Folios: 0 — 61. Fecha: 2024 - 11 - 25 / 19 : 15: 45

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

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: CADENA AVENDAÑO LUZ HERMINDA

985. Cargo: Contribuyente

Fecha generación documento PDF: 25-11-2024 07:15:48PM

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4013705326	2|5|1|1|2|0|2|4

I. DATOS DEL TRÁMITE

(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)

1.tipo de tramite	2.Tipo afiliacion	3.Regimen
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐	3

A. AFILIACION

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

6.Apellidos y nombres			
CADENA (Primer apellido)	AVENDAÑO (Segundo apellido)	LUZ (Primer nombre)	HERMINDA (Segundo nombre)
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1033676702	Femenino ☒ Masculino ☐	1|4|1|1|1|9|8|5

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Categoria: Condicion T P		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	INSTITUTO DE SEGURO SOCIAL	2211631

18.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CL 45A SUR 24 27		3024528086	LUZHERCA1985@GMAIL.COM

Municipio/Distrito	zona			Localidad / comuna	Departamento
BOGOTA	Urbana cabecera municipal ☐ Urbana centro poblado ☒	Rural dispersa ☐ Resto rural ☐			BOGOTA

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo documento de identidad	21. Número documento identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	

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

24. Apellidos y nombres			
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo documento de identidad	26. Número de identidad	27.Sexo		28.Fecha de nacimiento
			Femenino	Masculino	
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

	29.Parentesco	30. Etnia	31. Categoria de discpacidad	Condición T	Condición P
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

32. [illegible] de residencia

	Municipio/Distrito	Zona: Cabecera municipal	Zona: Centro poblado	Zona: Rural dispersa	Zona: Resto rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS SANTA LUCIA - UOD CPO SANTA LUCIA	VSLUCIA - UODCPOSLUC
B	-	-
B	-	-
B	-	-

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
LUZ HERMINDA CADENA AVENDAÑO	CC	1033676702	01

39.Ubicación

Dirección	Teleéfono	Correo electrónico	Municipio/distrito	Departamento
CL 45A SUR 24 27	3024528086	LUZHERCA1985@GMAIL.COM	BOGOTA	BOGOTA

No de Radicacion
4013705326

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42.Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		1|4|1|1|2|0|2|4

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio
	

IX.ANEXOS

- ☐ 56.Anexo Copia del documento de identidad: CN. ☐ RC. ☐ TI. ☐ CC. ☐ PA. ☐ CE. ☐ CD. ☐ SC. ☐
  Cantidad: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Total: 0
- ☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 58. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ 60. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ 61.Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ 62.Documento en que consta la perdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 65.Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio	Código del Departamento	67. Datos del SISBEN Número ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.

seguros mundial®
tu compañía siempre

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

Digitally signed by COMPANIA MUNDIAL DE SEGUROS SA
Date: 2024.12.02 09:35:01 -05:00

Código de Seguridad: v6zsIpc3/zzQArIsYKtaFQ==

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

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO

ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082

VERSIÓN CLAUSULADO 06-04-2021-1317-P-05-PPSUS2R000000859-D00I

No. PÓLIZA	COQ-100004481	No. ANEXO	0	No. CERTIFICADO	680004706	No. RIESGO	
TIPO DE DOCUMENTO				FECHA DE EXPEDICIÓN	25/11/2024	SUC. EXPEDIDORA	CEN ORINOQUIA

VIGENCIA DESDE		VIGENCIA HASTA		DÍAS	VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE		VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA	
00:00 Horas Del	14/11/2024	24:00 Horas Del	13/02/2025		N/A	N/A	N/A	N/A

TOMADOR	CADENA AVENDAÑO, LUZ HERMINDA	**No. DOC. IDENTIDAD**	1.033.676.702
DIRECCIÓN	CALLE 53 S NRO 27 25 SUR	**TELÉFONO**	3013517217
ASEGURADO	ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA	**No. DOC. IDENTIDAD**	830.107.985-1
DIRECCIÓN	CLL 95 # 68 F 24	**TELÉFONO**	3108774707
BENEFICIARIO	ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA	**No. DOC. IDENTIDAD**	830.107.985-1
DIRECCIÓN	CLL 95 # 68 F 24	**TELÉFONO**	3108774707

OBJETO DE CONTRATO

GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO No.APC2024 -DIMFTRIUNFADORAS-CON0 , CUYO OBJETO ES

EL CONTRATISTA EN SU CALIDAD DE TRABAJADOR INDEPENDIENTE, SE OBLIGA PARA CON EL CONTRATANTE A PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO APOYO PEDAGOGICO PERFIL 1 EN EL MARCO DEL CONTRATO DE APORTE SUSCRITO CON EL ICBF PARA LA ATENCIÓN DEL DIMF

"Con la emisión de la póliza se entiende que se autoriza a Seguros Mundial para que realice gestión de cobranza en caso de que aplique, a través de los siguientes canales: correo electrónico, llamada, SMS y WhatsApp. No obstante, en cualquier momento podrá

NOMBRE DEL AMPARO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA$	VALOR PRIMA$
CUMPLIMIENTO	00:00 Horas Del 14/11/2024	24:00 Horas Del 13/02/2025	442.326,20	10.000,00
CALIDAD DEL SERVICIO	00:00 Horas Del 14/11/2024	24:00 Horas Del 13/02/2025	442.326,20	10.000,00
		TOTAL ASEGURADO	$ 884.652,40	

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

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

DISTRIBUCIÓN COASEGURO

COMPAÑÍA	TIPO COASEGURO	PÓLIZA LÍDER	CERTIF. LÍDER	% PARTICIPACIÓN

CONVENIO DE PAGO	DIRECTO EFECTIVO, Fecha de Pago: 25/11/2024

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

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

CONSULTA LA AUTENTICIDAD DE ESTA POLIZA INGRESANDO A PRODUCTOS.MUNDIALSEGUROS.COM.CO, DIGITA EL NÚMERO DEL CERTIFICADO QUE ENCUENTRAS EN LA PARTE SUPERIOR DE ESTE DOCUMENTO Y VIVE LA EXPERIENCIA DE ESTAR ASEGURADO CON EL RESPALDO DE SEGUROS MUNDIAL. TAMBIEN PUEDES LLAMAR A LA LINEA NACIONAL 01 8000 111 935 O LÍNEA EN BOGOTÁ 327 47 12 / 13.

EL TOMADOR Y/O ASEGURADO SEGÚN CORRESPONDA, SE COMPROMETE A PAGAR LA PRIMA DENTRO DE LOS 30 DÍAS CONTADOS A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA. DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1068 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, MODIFICADO POR EL ARTÍCULO 82 DE LA LEY 45 DE 1990, **LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PRESENTE PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA.**
EN MI CALIDAD COMO TOMADOR DE LA PÓLIZA INDICADA EN ESTA CARATULA, MANIFIESTO EXPRESAMENTE QUE HE TENIDO A MI DISPOSICIÓN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA MANIFIESTO ADEMÁS, QUE DURANTE EL PROCESO DE NEGOCIACIÓN, ANTICIPADAMENTE ME HAN SIDO EXPLICADAS POR LA COMPAÑÍA Y/O POR EL INTERMEDIARIOS DE SEGUROS AQUÍ INDICADO, SOBRE LAS EXCLUSIONES Y ALCANCES Y CONTENIDOS DE LA COBERTURA, ASI COMO LAS GARANTÍAS, EN VIRTUD DE TAL ENTENDIMIENTO, LAS ACEPTO Y DECIDO TOMARLA PÓLIZA DE SEGUROS CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO.

Firma Autorizada - Compañía Mundial de Seguros S.A.
ANGELA MUNAR - VICEPRESIDENTE DE PRODUCTO
C.C. 52.646.070

TOMADOR

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

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

HOJA No.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

AFILIADOS A LA CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA Y PASA - APF

seguros mundial®

tu compañía siempre

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

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

Afiliados

CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA PASA APF Asociación Panamericana de Fianzas Panamerican Surety Association

LA COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A

CERTIFICA:

Que la garantía de Cumplimiento contenida en la póliza **COQ-100004481** y endoso, **0** cuyo afianzado es: **CADENA AVENDAÑO, LUZ HERMINDA** Asegurado o Beneficiario: **ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA / ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA** , expedida por la Compañía en **25/11/2024,** no expirará por falta de pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella o por revocación unilateral por parte del Tomador o de la Compañía.

CEN ORINOQUIA a los **02** días del mes **DICIEMBRE** del año **2024.**

Firma Autorizada - Compañía Mundial de Seguros S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

AFILIADOS A LA CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA Y PASA - APF

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

CUENTA DE COBRO No. 10

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

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

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

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

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

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

Atentamente,
Mayerly Gómez Suárez
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.

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **MAYERLY ANDREA GOMEZ SUAREZ**, identificada con **CC** número **1030555808**, aportó por **MAYERLY ANDREA GOMEZ SUAREZ**, identificado(a) con **CC** número **1030555808** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **I** número **81171541** para el periodo de salud **2024-10** y pensiones **2024-10** 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	CORRECCIONES	DIAS	IBC	TARIFA APORTE	CLASE RIESGO	COTIZACIÓN Y/O APORTE	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERACIÓN
Riesgos Laborales	14-11	ARL SURA	890903790	57	0															0		30	$1.300.000	0.00522	1	$6.800	Octubre - 2024	81171541	18/11/2024	N
Salud	EPS008	Compensar EPS	860066942	57	0															0		30	$1.300.000	0.12500		$162.500	Octubre - 2024	81171541	18/11/2024	N
Pensiones	230201	Proteccion (RIG + Proteccion)	800229739	57	0															0		30	$1.300.000	0.16000		$208.000	Octubre - 2024	81171541	18/11/2024	N

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

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

TransaccionesOnline
Comprobante de Pago
Id de Transaccion:988537581,
Fecha:2024-11-16 09:47:11,
Producto:Facturas
Numero:3204669506
Monto:$380,600
Respuesta:Pago Exitoso
Codigo autorizacion:705297
Nota:
Banco:Colpatria
Codigo Convenio:35
Nombre Convenio:COMPENSAR ? M
Referencia:8381171541
erminal:3860
Jrl:https://dw.praw.biz/web/dw.php?h
Vuelva Pronto! Gracias

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

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	Maverly Gomez
CARGO	APOYO PEDAGOGICO UDS
PERIODO y FECHA	NOVIEMBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	APOYO PEDAGOGICO			
					FECHA DE REVISIÓN	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCIÓN NOVIEMBRE	10	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)	10%	Noviembre	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: NOVIEMBRE Visibilizando Proyectos (Salud Mental)	10%		OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF) **Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación, tener en cuenta lo planeado en los microproyectos**	2.1. **Planeacion Encuentro en el hogar** (1 por cada participante - cargada en en el cuaderno digital en el drive correspondiente - de acuerdo al grupo etareo) - historica desde la primera atencion	5%	Noviembre	OK		
			2.2 Cronograma de visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/o ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atención correspondiente.	5%		OK		40 visitas
			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	5%		OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en físico como en drive (50)	Actualización de los nuevos participantes 3.1 Seguimiento **mediante la lista de chequeo formato version 2** de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante	2%	Noviembre	OK		
			3.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA, al 100%	2%		OK		
			3.3 Digitalizacion al 100% de cada uno de los documentos de los participantes del GA	2%		OK		
			3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas) al 100%	2%		OK		
			3.5 Formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF al 100%	2%		OK		
			3.6 Formato compromiso entrega de documentos a todos los participantes.	2%		OK		40
		4. Entrega y socializacion de las escalas	4.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que aplique para el mes NOVIEMBRE __ (documento en físico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante) i. Aplicacion de la tercera toma de la escala para los ingresos de Febrero ii. Aplicacion de la segunda toma de la escala para los ingresos de Mayo iii. Primera aplicacion ingresos del mes Agosto y de meses anteriores, dependiendo la fecha de ingreso y la edad de los niños de los 5 meses en adelante	7%	Noviembre	OK		40 escala
			4.2 Socializacion de la escala ____ Aplicada el mes pasado, es decir ingresos julio)	7%		OK		40 Soc
		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%	Noviembre	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%	Noviembre	OK		
		7. Realizar la entrega de la presentacion en power point de los microproyectos	7.1 Complementar la presentacion final de los micropoyectos con: ¿Qué resulto? ¿Como se presenta? Retos – Desafios	5%	Noviembre	OK		
		8. Generar espacios y ambientes enriquecidos que falciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	8.1 Ambietación de espacios físicos de la UDS que se sean asignados.	2%	Noviembre	OK		
			8.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica.	3%		OK		
			8.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación.	5%		OK		
			8.4 Asegurar y mantener el orden y la limpieza.	5%		OK		
		9. Participar y apoyar en las dinamicas relacionadas con la operación.	9.1 Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes	2%	Noviembre	OK		
		TOTAL		100%				

FIRMA CONTRATISTA	Maverly Gomez
NOMBRE:	Maverly Gómez
C.C.	1030.555.808

FIRMA COORDINADORA	Emilce
NOMBRE:	Emilce Rojas
C.C.	52.869.6

VO BO

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

CUENTA DE COBRO No. 10

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 Noviembre 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 Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

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

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

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENT[illegible]ARGO
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE[illegible]MBIA
CTO # 1100/605/2024

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	Nicol Barrero
CARGO	APOYO PEDAGOGICO UDS
PERIODO y FECHA	NOVIEMBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	APOYO PEDAGOGICO: FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCIÓN NOVIEMBRE	10	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)	10%	Noviembre	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: NOVIEMBRE Visibilizando Proyectos (Salud Mental)	10%		OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF) Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación, tener en cuenta lo planeado en los microproyectos	2.1. Planeacion Encuentro en el hogar (1 por cada participante - cargada en en el cuaderno digital en el drive correspondiente - de acuerdo al grupo etareo) - historica desde la primera atencion	5%	Noviembre	OK		
			2.2 Cronograma de visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/o ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente.	5%		OK		50 Visitas
			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	5%		OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en físico como en drive (50)	Actualización de los nuevos participantes 3.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo formato version 2 de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante	2%	Noviembr	OK		
			3.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA al 100%	2%		OK		
			3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA _ al 100%	2%		OK		
			3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas) al 100%	2%		OK		
			3.5 Formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF al 100%	2%		OK		
			3.6 Formato compromiso entrega de documentos a todos los participantes.	2%		OK		
		4. Entrega y socializacion de las escalas	4.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que aplique para el mes NOVIEMBRE __ (documento en físico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante) i. Aplicacion de la tercera toma de la escala para los ingresos de Febrero ii. Aplicacion de la segunda toma de la escala para los ingresos de Mayo ii. Primera aplicacion Ingresos del mes Agosto y de meses anteriores, dependiendo la fecha de ingreso y la edad de los niños de los 5 meses en adelante	7%	Noviembre	OK		37 Escalas
			4.2 Socializacion de la escala ____ Aplicada el mes pasadao, es decir ingresos julio)	7%		OK		37 Soc.
		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%	Noviembre	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%	Noviembre	OK		
		7. Realizar la entrega de la presentacion en power point de los microproyectos	7.1 Complementar la presentacion final de los microproyectos con: ¿Qué resulto? ¿Como se presenta? Retos – Desafios	5%	Noviembre	OK		
		8. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faliciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	8.1 Ambietación de espacios físicos de la UDS que se sean asigandos.	2%	Noviembre	OK		
			8.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica.	3%		OK		
			8.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación.-	5%		OK		
			8.4 Asegurar y mantener el orden y la limpieza.	5%		OK		
		9. Participar y apoyar en las dinamicas relacionadas con la operación.	9.1 Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes	2%	Noviembre	OK		
		TOTAL		100%	Noviembre	OK		

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	Nicol Barrero
C.C.	1233489641

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	
C.C.	

Vo Bo EMM

Clínica

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10	1054562323	9476259510	I	2024/11/13	2024/11/18	NEQUI	5	$404,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$1,300,000**	**$208,000**			**$1,300,000**	**$162,500**			**$1,300,000**	**$26,000**			**$1,300,000**	**$6,800**		**$0**	**$0**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$1,300,000**	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	**$26,000**			$1,300,000	$6,800		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					**$1,300,000**	**$208,000**			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$26,000			$1,300,000	$6,800		$0	$0
1	CC	1233489641 BARRERO NICOL	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS008	30	$1,300,000	$162,500	CCF24	30	$1,300,000	$26,000	14-11	30	$1,300,000	$6,800	30	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$26,000			$1,300,000	$6,800		$0	$0

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10	1054562323	9476259510	I	2024/11/13	2024/11/18	NEQUI	5	$404,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$800	$0	$208,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$208,000	$800	$0	$208,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,800	$100	$0	$6,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$6,800	$100	$0	$6,900
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$26,000	$100	$0	$26,100
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$26,000	$100	$0	$26,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$600	$0	$163,100
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$162,500	$600	$0	$163,100
TOTAL				**1**	**$403,300**	**$1,600**	**$0**	**$404,900**

Resumen de pago

Descripción de compra
Pago de la Planilla de aportes con clave\
9476259510

Estado de la solicitud
Transacción aprobada

Tienda
APORTES EN LINEA

Fecha de solicitud
16 de noviembre de 2024

CUS
1054562323

¿Cuánto?
$ 404.900.00

Factura de comercio
9476259510

Tu plata salió de:



Disponible

Listo

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

CUENTA DE COBRO No. 10

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 Noviembre 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 Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

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

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

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 **81347517** para el periodo de salud **2024-10** y pensiones **2024-10** 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	COTIZACIÓN Y/O APORTE	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERACIÓN
Pensiones	25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	900336004	57	0															0		30	$1.300.000	0,16000		$208.000	Octubre - 2024	81347517	18/11/2024	N
Riesgos Laborales	14-11	ARL SURA	830903790	57	0															0		30	$1.300.000	0,00522	1	$6.800	Octubre - 2024	81347517	18/11/2024	N
Salud	EPS037	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	900156264	57	0															0		30	$1.300.000	0,12500		$162.500	Octubre - 2024	81347517	18/11/2024	N

El presente certificado se expide a los 16 días del mes Noviembre de 2024

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

7:58 53 %

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
16 de noviembre de 2024

CUS
1054504837

¿Cuánto?
$ 378.300,00

Factura de comercio
81347517

Tu plata salió de:



Disponible

Listo

Imprimir

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENT[illegible]CARGO
ASOCIACIÓN PROFESIONALES D[illegible]MBIA
CTO # 1100/605/2024

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	Sooner Chaves
CARGO	APOYO PEDAGOGICO UDS
PERIODO y FECHA	NOVIEMBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	APOYO PEDAGOGICO: FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCIÓN NOVIEMBRE	10	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)	10%	Noviembre	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: NOVIEMBRE Visibilizando Proyectos (Salud Mental)	10%		OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF) Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación, tener en cuenta lo planeado en los microproyectos	2.1. **Planeacion Encuentro en el hogar** (1 por cada participante - cargada en en el cuaderno digital en el drive correspondiente - de acuerdo al grupo etareo) - historica desde la primera atencion	6%	No viembre	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.	6%		OK		50 visitas
			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	6%		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	2%	Noviembre	OK		
			3.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA al 100%	2%		OK		
			3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA _ al 100%	2%		OK		
			3.4 Archivo Fisico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas) al 100%	2%		OK		
			3.5 Formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF al 100%	2%		OK		
			3.6 Formato compromiso entrega de documentos a todos los participantes.	2%		OK		
		4. Entrega y socializacion de las escalas	4.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que aplique para el mes NOVIEMBRE __ (documento en fisico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante) i. Aplicacion de la tercera toma de la escala para los ingresos de Febrero ii. Aplicacion de la segunda toma de la escala para los ingresos de Mayo ii. Primera aplicacion ingresos del mes Agosto y de meses anteriores, dependiendo la fecha de ingreso y la edad de los niños de los 5 meses en adelante	7%	Noviembre	OK		23 escalas
			4.2 Socializacion de la escala ____ Aplicada el mes pasado, es decir ingresos julio)	7%		OK		23 socializaciones
		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%	Noviembre	OK		
		6. Formato de ficha de caracterización de practicas y acciones fl	6.1 Apoyar en los Archivos de excel de practicas (1 x UA) participantes nuevos 1 unificado por los 50 participantes.	7%	Noviembre	OK		
		7. Realizar la entrega de la presentacion en power point de los microproyectos	7.1 Complementar la presentacion final de los micropoyectos con: ¿Qué resulto? ¿Como se presenta? Retos – Desafios	5%	Noviembre	OK		
		8. Generar espacios y ambientes enriquecidos que falciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	8.1 Ambietación de espacios fisicos de la UDS que se sean asigandos.	2%	Noviembre	OK		
			8.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica.	3%		OK		
			8.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación.-	5%		OK		
			8.4 Asegurar y mantener el orden y la limpieza.	5%		OK		
		9. Participar y apoyar en las dinamicas relacionadas con la operación.	9.1.Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes	2%	Noviembre	OK		
		TOTAL		100%	Noviembre	OK		

FIRMA CONTRATISTA	SOONER CHAVES
NOMBRE:	SOONER CHAVES
C.C.	5284653

FIRMA COORDINADORA	Emilce
NOMBRE:	Emilce
C.C.	52276616

VoBo emv

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

CUENTA DE COBRO No. 05

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 Noviembre 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 Rocío 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.

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **MYRIAM ANGELICA LUENGAS VELASCO**, identificada con **CC** número **52481438**, aportó por **MYRIAM ANGELICA LUENGAS VELASCO** identificado(a) con **CC** número **52481438** 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 10 - 2024 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	DIAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACION Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NUMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	
14-11	ARL SURA	59															0		30	$1,300,000	0.00522	$6,800	$0	$0	Octubre - 2024	80985735	19/11/2024	N
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	59															0		30	$1,300,000	0.16000	$208,000	$0	$0	Octubre - 2024	80985735	19/11/2024	N
EPS005	Sanitas EPS	59															0		30	$1,300,000	0.12500	$162,500	$0	$0	Octubre - 2024	80985735	19/11/2024	N

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

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

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **MYRIAM ANGELICA LUENGAS VELASCO**, identificada con **CC** número **52481438**, aportó por **MYRIAM ANGELICA LUENGAS VELASCO**, identificado(a) con **CC** número **52481438** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **I** número **80985735** para el periodo de salud **2024-10** y pensiones **2024-10** de la siguiente forma.

TIPO	CODIGO	NOMBRE	NIT	ESTADO	SUBTIPO	DIAS	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	COTIZACION	DIAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACION VOLUNTARIO APORTE	PERIODO	NUMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXTRANJERO
Riesgos Laborales	14-11	ARL SURA	890903790	59	0																0	30	$1.300.000	0,00522	1 $6.800	Octubre - 2024	80985735	19/11/2024	N
Pensiones	230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739	59	0																0	30	$1.300.000	0,16000	$208.000	Octubre - 2024	80985735	19/11/2024	N
Salud	EPS005	Sanitas EPS	800251440	59	0																0	30	$1.300.000	0,12500	$162.500	Octubre - 2024	80985735	19/11/2024	N

El presente certificado se expide a los 20 días del mes Noviembre de 2024

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

S

serviciopse@achcolombia.com.co ...

Para: angieluen@hotmail.com

Lun 18/11/2024 7:38 p. m.



¡Hola, Myriam Luengas!

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

Estado de la Transacción: Aprobada
CUS: 1060176987
Empresa: COMPENSAR-OI
Descripción: MiPlanilla.com Pago Protección Social
Valor de la Transacción: $ 379.000
Fecha de Transacción: 18/11/2024

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.

pse

in ACH Colombia Oficial

X @ACHColombia_

ACHColombiaOficial

ACH Colombia Oficial

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	NOVIEMBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCIÓN NOVIEMBRE	5	1. Apoyar la organización documental del Talento Humano.	1.1. Verificación de Polizas, Talento Humano Nuevo. (Renovación de contrato. Firmas otro sí)	5%	OK NOV	OK		2 NUEVOS.
			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 23 de la UDS delegada	20%	OK NOV	OK		
			2.2 Cargue de Talento Humano Nuevo 1 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%	NOV	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%	NOV	OK		23 NUEVOS
			4.2. Carpetas de los participantes vinculados a la UDS._____ Participantes.			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%	NOV	OK		
			5.2. Chek list de nómina por cargo (100% de los soportes relacionados) de la UDS asignada. Proyección Kennedy Jueves 23			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%	NOV	OK		
		7. Solicitud de Refrigerios, Semanal	7.1. Kardex de ingresos y egresos de pedidos de refrigerios	10%	NOV	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)			OK		
		8. Custodia y control de los equipos de computo e impresión y sedes de trabajo	8.1.Relación de fotocopiado e impresiones	5%	NOV	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%	NOV	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%	NOV	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%	NOV	OK		
			11.2. Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes			OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Angelica Luengas
NOMBRE:	MYRIAM ANGELICA LUENGAS VELASCO
C.C.	52.481.438

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

VoBº EMIV

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

CUENTA DE COBRO No. 7

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** Noviembre **2024**

CONCEPTO: COORDINACION DIMF Kennedy Gestando Futuro Periodistas del CONTRATO 11006052024 con 300 cupos

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

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

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($3.571.200) TRES MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y UN MIL DOSCIENTOS PESOS M/CTE. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Eliana Andrea Moreno Vargas
Coordinadora
C.C. 52.357.450

Aprobado por:

Ana Rocio Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

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

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

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

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

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCIÓN NOVIEMBRE	10	1. Informe Técnico, que de cuenta de la ejecución de cada uno de los componentes en el primer mes de Atención	1.1 Formato IB contractual (U. entre todos, de acuerdo a lo delegado Casita Amarilla)	10%	2/12/2024	Ok		
			1.2. Organización Drive y Unidad con los estandares del Contractual y cargar los soportes Existentes. Cargados Maximo el 2 de Diciembre					
			1.3 Formato IB Acciones (Margarita consolida)					
			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					
		2. Velar por mantener el th y tener al día el archivo de los marcos	2.1. Matriz de Talento Humano Actualizada - Con Egresos e ingresos ocurridos en el mes (Verificación a cargo de cada coordinadora de UDS)	5%	2/12/2024	Ok		
		3. Organizar, Monitorear e Informar las especificaciones de la cobertura y población a atender	3.1 Formato Certificación de Cobertura (Unitos)	10%	2/12/2024	Ok		
			3.2 Formato población Migrante (Emilce)					
			3.3 Formato Desplazados (EMPAT)					
			3.4. Formato Metas Sociales (Cada Coordinadora de UDS)					
			3.5. Certificado de no ocurrencia de hechos de Violencia (Cada Coordinadora de UDS)					
		4. Novedades de Ingresos y egresos. Durante el mes	4.1 Formato de Novedades de la UDS _____ Casos, junto con sus soportes	5%	2/12/2024	Ok		
		5. Monitorear el cumplimiento Cuantame 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%	2/12/2024	Ok		
			5.2. Cargue del 100%Nutricional, participantes Nuevos _____ 5.3 Toma nueva de peso y talla al 100% de los participantes					
			5.3 Actualización de Talento Humano Nuevo					
			5.4 Cargue de RAM					
			5.5. Cargue de Formación al 100% . (3 formaciones por persona)					
		6. Organizar, Monitorear y acompañar: * Entrega de RFPP * Entrega de Refrigerios	6.1. Formatos RPP - Debidamente revisados por cada coordinadora de UDS, sin tachones, ni enmendaduras, organizado en carpeta de archivo y rotulado debidamente	15%	2/12/2024	Ok		
			6.2 Formatos de Refrigerio - Debidamente revisados por cada coordinadora de UDS, sin tachones, ni enmendaduras, organizado en carpeta de archivo y rotulado debidamente					
		7. Liderar , Monitorear y acompañar: * Encuentro Grupales a las Familias * Visitas en el Hogar a las Familias	7.1. Formatos RAU. Debidamente revisados por cada coordinadora de UDS, sin tachones, ni enmendaduras, organizado en carpeta de archivo y rotulado debidamente	15%	2/12/2024	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 Eli Kennedy 28-de noviembre debidamente revisada por la Coordinacion de UDS)	5%	2/12/2024	Ok		
			8.2. Chek list de nómina por cargo (100% de los soportes relacionados) de la UDS asignado					
			8.3. Certificación de cumplimiento del 100 % del equipo de trabajo (verificacion Técnica) 8.4. Drive - Archivo digital al día de cada unidad Acta de revisión de archivo físico de cada unidad, incluido el diseño del estado actual del archivo físico					
		9 Monitorear y acompañar el proceso de Inventarios 2023	9.1 Realizar la consolidación de los inventarios en el excell correspondiente, de lo recibido por esperanza y progreso, verificando lo que esta en la sede resaltando en un color por sede e incluyendolo en el excel. Para el mes de febrero 9.2. Actualizar el Inventario de equipos Audiovisuales y Elementos entregados por APC, con lo que llegaduante el mes. Se validará 3ra semana del mes	5%	2/12/2024	Ok		
		10. Programación General	10.1 Cronograma de la unidad _ Encuentro grupales	5%	2/12/2024	Ok		
			10.2 Cronograma visitas _ Por Ruta					
			10.3 Proyección Grupos de Estudio, con Planeacion, Acta, Registro fotografico					
			10.4. Grupo Estudio liderado por coordis - Primera Semana del mes					
		11. Cargue soportes Contractuales	11.1 Cargar digitales por componente_ Contractuales - F3 CONTRACTUAL (EMILCE PEÑA CONSOLIDA) 10 de cada mes la información vencida o del mes que se avisa	15%	2/12/2024	Ok		
			11.2 F.23_ Buenas prácticas ambientales					
		12. Encuesta valoración minuta	12.1 Encuesta diligenciada 12.2 Análisis de la encuesta	2,50%	2/12/2024	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	3%	2/12/2024	Ok		
		13. Aplicación de encuesta de satisfacción y documento de análisis.	13.1 Encuesta diligenciada con el 50% de los participantes. 13.2 Documento de análisis de encuestas de satisfacción	2.5%	2/12/2024	Ok		
		14. Proceso de sistematización	14. Instrumento de sistematización	2.5%	2/12/2024	Ok		
			TOTAL	100%				

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

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 146D-07 APTO 330	TELÉFONO:	5218565
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades profesionales, científicas y té
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	7943744056	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES		
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES noviembre AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES noviembre AÑO 2024		
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/11/18	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1059117745		

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 228.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 228.700	$ 0	$ 228.700
SUBTOTALES:										**$ 228.700**	**$ 0**	**$ 228.700**

TOTAL APORTES A SALUD

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

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

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

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EN EXTERIOR	REFORMA TRIBUTARIA	NOVEDADES ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 52356915	MORALES ARRIETA DIANA MARGARITA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE		$ 1.723.200			NO							01-30									

SEGURIDAD SOCIAL – PENSIÓN	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS AFILIADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
	231001-COLFONDOS	30	1.429.000	$ 228.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 228.700

SEGURIDAD SOCIAL – SALUD	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE
	EPS005-SANITAS S.A.	30	1.429.000	$ 178.700	$ 0	$ 178.700

SEGURIDAD SOCIAL – ARP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
	14-11 - ARL SURA	30	1.429.000	52356915	$ 7.500

PARAFISCALES	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
	30	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 414.900

Planilla Pagada
SOI

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:	7949744056	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES: noviembre	PERIODO COTIZACIÓN		MES:	noviembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2024	SALUD:		AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/11/18	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1059117745	

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	$ 228.700
		SUBTOTAL:	1	**$ 228.700**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 178.700
		SUBTOTAL:	1	**$ 178.700**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 7.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 7.500**

VALOR SIN MORA:	**$ 414.900**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 414.900**

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

CUENTA DE COBRO No. 10

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 NOVIEMBRE 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,
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 FECHA	NOVIEMBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCIÓN NOVIEMBRE	10	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)	10%	29/11/2024			
			1.2 **Cartilla digital:** i. Parte uno: conociendonos al 100% diligenciada, ii. Hoja correspondiente al Cronograma de encuentros diligenciada, ii Diligenciamiento de la parte dos: Priorización de Practicas, iv. Diligenciamiento de la movilizacion social: NOVIEMBRE Visibilizando Proyectos (Salud Mental)	5%	29/11/2024	OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en al 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) - historico desde la primera atencion	5%	29/11/2024	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.	5%	29/11/2024	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	5%	29/11/2024	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	3%	29/11/2024	OK		
			3.2 Formato compromiso entrega de documentos a todos los participantes.	2%	29/11/2024	OK		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo antes del 15 de cada mes sus ingresos y egresos ____ durante el mes de NOVIEMBRE	4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes NOVIEMBRE 15	5%	29/11/2024	OK		
			4.2 Soportes de egreso (con la aprobación de la coordinación) NOVIEMBRE 15	5%	29/11/2024	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) 15 NOVIEMBRE	5%	29/11/2024	OK		
		5 Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios,Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.	5.1 Formato Ram	2%	29/11/2024	OK		
			5.2 Refrigerios	2%	29/11/2024	OK		
			5.3 Formato RPP	2%	29/11/2024	OK		
			5.4 Fotografias uno a uno de la entrega de RPP - en power Point	2%	29/11/2024	OK		
			5.5 Formato de Bienestarina Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni enmendaduras	2%	29/11/2024	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	5%	29/11/2024	OK		
			6.2 Formato de compromiso de documentos con los seguimientos respectivos en fisico y subido al drive correspondiente del grupo de atención	2%	29/11/2024	OK		
			6.3 Formatos de novedades y compromisos de entregas documentales firmado por las familias (formato APC)	3%	29/11/2024	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 NOVIEMBRE__ (documento en fisico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante) i. Aplicacion de la tercera toma de la escala para los ingresos de Febrero ii. Aplicacion de la segunda toma de la escala para los ingresos de Mayo ii. Primera aplicacion ingresos del mes Agosto y de meses anteriores, dependiendo la fecha de ingreso y la edad de los niños de los 5 meses en adelante	5%	29/11/2024	OK		
			7.2 Socializacion al 100% de la escala aplicada en noviembre____ (participantes _____)	5%	29/11/2024	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.	5%	29/11/2024	OK		
		9. Realizar la entrega de la presentacion en power point de los microproyectos	9.1 Complementar la presentacion final de los microproyectos con: ¿Qué resulto? ¿Como se presenta? Retos – Desafios	5%	29/11/2024	OK		
		10. Generar espacios y ambientes enriquecidos que falciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS y a los microproyectos.	10.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS acorde al proyecto pedagogico del territorio y tematica del mes.	1%	29/11/2024	OK		
			10.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica.	2%	29/11/2024	OK		
			10.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación	2%	29/11/2024	OK		
		11. Participar y apoyar 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%	29/11/2024	OK		
			11.2. Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes	3%				
			TOTAL	100%				

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

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	MARGARITA MORALES ARRIETA
C.C.	52356915

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_mista27@hotmail.com
Ciudad:	BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla:	81826260

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	81826260
Fecha pago	2024-11-18
Número de autorización pago	1834487
Banco	1063

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	octubre de 2024
Periodo de Cotización Pensión	octubre de 2024
Número de Administradoras	3
Total Pagado	377200
Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	6500	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	208000	1
EPS017	Fersalud EPS Cafam Colsubsidio	162500	1

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

Cód. [illegible]	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	6500	0

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

COMPENSAR

NIT 860066942-7

RECAUDO MIPLANILLA

FECHA Y HORA TRANSACCIÓN: 2024/11/18 - 9:03 a. m.

DOCUMENTO: CC 52931661

NOMBRE USUARIO:

ANA JAZMIN BECERRA GALLO

MODULO: KENPAR01

ID PAGO:41915691

.

.

.

NO PLANILLA: 8381826260

PERIODO DE PAGO: octubre

VALOR PAGADO: $ 377300

.

.

.

TOTAL: $ 377300

EFECTIVO: $ 400000

CAMBIO: $ 22700

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

CUENTA DE COBRO No. 10

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 NOVIEMBRE 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,

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	NOVIEMBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCIÓN NOVIEMBRE	10	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**	1.1 Planeación Grupal, con las cuatro planeaciones de las áreas corespondientes (Formato ICBF)	10%	29/11/2024			
			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: NOVIEMBRE Visibilizando Proyectos (Salud Mental)	5%	29/11/2024	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	5%	29/11/2024	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 corresponciente.	5%	29/11/2024	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	5%	29/11/2024	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	3%	29/11/2024	OK		
			3.2 Formato compromiso entrega de documentos a todos los participantes.	2%	29/11/2024	OK		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo antes del 15 de cada mes sus ingresos y egresos ____ durante el mes de NOVIEMBRE	4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes NOVIEMBRE 15	5%	29/11/2024	OK		
			4.2 **Soportes de egreso** (con la aprobación de la coordinación) NOVIEMBRE 15	5%	29/11/2024	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) 15 NOVIEMBRE	5%	29/11/2024	OK		
		5.Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios,Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.	5.1 Formato RAM	2%	29/11/2024	OK		
			5.2 Refrigerios	2%	29/11/2024	OK		
			5.3 **Formato RPP**	2%	29/11/2024	OK		
			5.4 Fotografias uno a uno de la entrega de RPP - en power Point	2%	29/11/2024	OK		
			5.5 **Formato de Bienestarina** Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni enmendaduras	2%	29/11/2024	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	5%	29/11/2024	OK		
			6.2 Formato de compromiso de documentos con los seguimientos respectivos en físico y subido al drive correspondiente del grupo de atención	2%	29/11/2024	OK		
			6.3 **Formatos de novedades y compromisos de entregas documentales firmado por las familias (formato APC)**	3%	29/11/2024	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 NOVIEMBRE__ (documento en físico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante) **i.** Aplicacion de la tercera toma de la escala para los ingresos de Febrero **ii.** Aplicacion de la segunda toma de la escala para los ingresos de Mayo **ii.** Primera aplicacion ingresos del mes Agosto y de meses anteriores, dependiendo la fecha de ingreso y la edad de los niños de los 5 meses en adelante	5%	29/11/2024	OK		
			7.2 Socializacion al 100% de la escala aplicada en noviembre____ (participantes _____)	5%	29/11/2024	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.	5%	29/11/2024	OK		
		9. Realizar la entrega de la presentacion en power point de los microproyectos	9.1 Complementar la presentacion final de los micropoyectos con: ¿Qué resulto? ¿Como se presenta? Retos – Desafios	5%	29/11/2024	OK		
		10. Generar espacios y ambientes enriquecidos que falicten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS y a los microproyectos.	10.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS acorde al proyecto pedagogico del territorio y tematica del mes.	1%	29/11/2024	OK		
			10.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica.	2%	29/11/2024	OK		
			10.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación	2%	29/11/2024	OK		
		11. Participar y apoyar 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%	29/11/2024	OK		
			11.2. Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes	3%				
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	ANGELA LILIANA CARO PULIDO
C.C.	52750469

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	MARGARITA MORALES ARRIETA
C.C.	52356915

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 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
2024-10	2024-10	1000001300	9476751010	I	2024/11/19	2024/11/18	BANCO DE BOGOTA	0	$377,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$1,300,000**	**$208,000**			**$1,300,000**	**$162,500**			**$0**	**$0**			**$1,300,000**	**$6,800**		**$0**	**$0**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0
1	CC 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
2024-10	2024-10	1000001300	9476751010	I	2024/11/19	2024/11/18	BANCO DE BOGOTA	0	$377,300

RESUMEN DE PAGO

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

2024/11/18 04:20 PM

¡Tu pago fue exitoso!

Número de autorización: 006370

Fecha y hora: 16/11/24 - 10:23

Planilla As Aportes En Linea

No. de planilla 9476751010

Valor	$ 377.300 ,00
Costo de la transacción	Gratis

El pago se realizó desde:

Cuenta de Ahorros

No. 060375193

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

CUENTA DE COBRO No. 06

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2024-DIMFPERIODISTAS-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 NOVIEMBRE 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 Rocio Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Joselito Rodriguez.

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

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

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO POR CARGO

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	JOSELITO RODRIGUEZ GALEANO
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	NOVIEMBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCIÓN NOVIEMBRE	10	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)	10%	29/11/2024			
			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: NOVIEMBRE Visibilizando Proyectos (Salud Mental)	5%	29/11/2024	OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de minimo 60 minutos de formación (DIMF) **Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación, tener en cuenta lo planeado en los microproyectos**	2.1. **Planeacion Encuentro en el hogar** (1 por cada participante - cargada en en el cuaderno digital en el drive correspondiente - de acuerdo al grupo atareo) - historica desde la primera atencion	5%	29/11/2024	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.	5%	29/11/2024	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	5%	29/11/2024	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	3%	29/11/2024	OK		
			3.2 Formato compromiso entrega de documentos a todos los participantes.	2%	29/11/2024	OK		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo antes del 15 de cada mes sus ingresos y egresos ____ durante el mes de NOVIEMBRE	4.1 Formato de Ingresos y egresos _____ en el mes NOVIEMBRE 15	5%	29/11/2024	OK		
			4.2 Soportes de egreso (con la aprobación de la coordinación) NOVIEMBRE 15	5%	29/11/2024	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) 15 NOVIEMBRE	5%	29/11/2024	OK		
		5.Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios, Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.	5.1 Formato Ram	2%	29/11/2024	OK		
			5.2 Refrigerios	2%	29/11/2024	OK		
			5.3 Formato RPP	2%	29/11/2024	OK		
			5.4 Fotografias uno a uno de la entrega de RPP - en power Point	2%	29/11/2024	OK		
			5.5 Formato de Bienestarina Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni enmendaduras	2%	29/11/2024	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	5%	29/11/2024	OK		
			6.2 Formato de compromiso de documentos con los seguimientos respectivos en fisico y subido al drive correspondiente del grupo de atención	2%	29/11/2024	OK		
			6.3 Formatos de novedades y compromisos de entregas documentales firmado por las familias (formato APC)	3%	29/11/2024	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 NOVIEMBRE__ (documento en fisico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante) i. Aplicacion de la tercera toma de la escala para los ingresos de Febrero ii Aplicacion de la segunda toma de la escala para los ingresos de Mayo ii. Primera aplicacion Ingresos del mes Agosto y de meses anteriores, dependiendo la fecha de ingreso y la edad de los niños de los 5 meses en adelante	5%	29/11/2024	OK		
			7.2 Socializacion al 100% de la escala aplicada en noviembre____ (participantes _____)	5%	29/11/2024	OK		
		8. Apoyar el diligenciamiento de la caracterizacion de practices de acuerdo con el F7	8.1 Realizar la caracterización correspondiente y diligenciar el F7 grupal con los participantes activos.	5%	29/11/2024	OK		
		9. Realizar la entrega de la presentacion en power point de los microproyectos	9.1 Complementar la presentacion final de los microproyectos con: ¿Qué resulto? ¿Como se presenta? Retos – Desafios	5%	29/11/2024	OK		
		10. Generar espacios y ambientes enriquecidos que falciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS y a los microproyectos.	10.1 Ambientación de espacios fisicos de la UDS acorde al proyecto pedagogico del territorio y tematica del mes	1%	29/11/2024	OK		
			10.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica.	2%	29/11/2024	OK		
			10.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación	2%	29/11/2024	OK		
		11. Participar y apoyar 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%	29/11/2024	OK		
			11.2. Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes	3%				
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	JOSELITO RODRIGUEZ GALEANO
C.C.	1110916542

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	MARGARITA MORALES ARRIETA
C.C.	52356015

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
2024-11	2024-11	1058272268	9477355694	1	2024/12/10	2024/11/18	BANCO DE BOGOTA	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	1116916542	RODRIGUEZ GALEANO JOSELITO	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes	0	No	No	
Total	Afiliados(1)							

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

PLANILLA PAGADA

							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		NUEVA E.P.S.	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	Dias	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Administradora	Dias	IBC	Tarifa	Clase Riesgo	Valor Cotización	Dias	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	

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
2024-11	2024-11	1058272268	9477355694	I	2024/12/10	2024/11/18	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

2024/11/21 02:02 PM

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

CUENTA DE COBRO No. 10

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 Noviembre 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 Lucio Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Nidia Luz 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 FECH.	NOVIEMBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCIÓN NOVIEMBRE	10	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)	10%	29/11/2024			
			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: NOVIEMBRE Visibilizando Proyectos (Salud Mental)	5%	29/11/2024	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	5%	29/11/2024	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.	5%	29/11/2024	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 e situaciones de riesgo diligenciada	5%	29/11/2024	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	3%	29/11/2024	OK		
			3.2 Formato compromiso entrega de documentos a todos los participantes.	2%	29/11/2024	OK		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo antes del 15 de cada mes sus ingresos y egresos ____ durante el mes de NOVIEMBRE	4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes NOVIEMBRE 15	5%	29/11/2024	OK		
			4.2 Soportes de egreso (con la aprobación de la coordinación) NOVIEMBRE 15	5%	29/11/2024	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, vinculaciona EPS y compromisos de acuerdo a los documentos pendientes) 15 NOVIEMBRE	5%	29/11/2024	OK		
		5 Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios,Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.	5.1 Formato Ram	2%	29/11/2024	OK		
			5.2 Refrigerios	2%	29/11/2024	OK		
			5.3 Formato RPP	2%	29/11/2024	OK		
			5.4 Fotografias uno a uno de la entrega de RPP - en power Point	2%	29/11/2024	OK		
			5.5 Formato de Bienestarina Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni enmendaduras	2%	29/11/2024	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	5%	29/11/2024	OK		
			6.2 Formato de compromiso de documentos con los seguimientos respectivos en físico y subido al drive correspondiente del grupo de atención	2%	29/11/2024	OK		
			6.3 Formatos de novedades y compromisos de entregas documentales firmado por las familias (formato APC)	3%	29/11/2024	OK		
		7. Entrega y socialización de las escalas	7.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que aplique para el mes NOVIEMBRE__ (documento en físico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante) i. Aplicacion de la tercera toma de la escala para los ingresos de Febraro ii. Aplicacion de la segunda toma de la escala para los ingresos de Mayo ii. Primera aplicacion Ingresos del mes Agosto y de meses anteriores, dependiendo la fecha de ingreso y la edad de los niños de los 5 meses en adelante	5%	29/11/2024	OK		
			7.2 Socializacion al 100% de la escala aplicada en noviembre____ (participantes_____)	5%	29/11/2024	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.	5%	29/11/2024	OK		
		9. Realizar la entrega de la presentacion en power point de los microproyectos	9.1 Complementar la presentacion final de los microproyectos con: ¿Qué resulto? ¿Como se presento? Retos – Desafios	5%	29/11/2024	OK		
		10. Generar espacios y ambientes enriquecidos que fiticiten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS y a los microproyectos.	10.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS acorde al proyecto pedagogico del territorio y tematica del mes.	1%	29/11/2024	OK		
			10.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica.	2%	29/11/2024	OK		
			10.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación	2%	29/11/2024	OK		
		11. Participar y apoyar 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%	29/11/2024	OK		
			11.2. Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes	3%	29/11/2024	OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	LUZ NIDIA PEREZ VELASQUEZ
C.C.	52963180

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	MARGARITA MORALES ARRIETA
C.C.	52356815

VoBo
EBM

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
2024-10	2024-10	1000001842	9476862402	I	2024/11/21	2024/11/18	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

2024/11/18 08:50 AM

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	$ 6.830	0	$ 0	0%	$ 0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	No
$ 162.500						$ 0						$ 6.830				$ 0		$ 0		$ 0		$ 0	

aportes en línea

Planilla Integrada

							SALARIO			PENSION												SALUD					
t	Fecha Inicio vct	Fecha Fin vct	irt	Fecha Inicio irl	Fecha Fin irl	vlp	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	

Nov 16 2024 15:15:47 RBMDES10.5

CORRESPONSAL
MASIVOS PREMIUM JAQUEL
CR 77Y 47A 10 SUR

BANCO DE BOGOTA

C. UNICO: 0018726034 TER: AB1E2896
V. ELECTRON Cc
**7826 RECIBO: 011983 RRN: 020171
RECAUDO APRO: 287447

SERVICIO: 0000001506
FACTURA: 0000000009476862402

** PAGO FACTURA **
TRANSACCION EXITOSA

RECAUDO $ 377.300

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

Ciudad: BOGOTA D.C Mes: NOVIEMBRE 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-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 noviembre 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 YACKELINE PINZON SALCEDO
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECH.	NOVIEMBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCIÓN NOVIEMBRE	10	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)	10%	29/11/2024			
			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 Practices, iv. Diligenciamiento de la movilizacion social: NOVIEMBRE Visibilizando Proyectos (Salud Mental)	5%	29/11/2024	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**	5%	29/11/2024	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.	5%	29/11/2024	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	5%	29/11/2024	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	3%	29/11/2024	OK		
			3.2 Formato compromiso entrega de documentos a todos los participantes.	2%	29/11/2024	OK		
		4. Ingresos y Egresos Informar el administrativo antes del 15 de cada mes sus ingresos y egresos ____ durante el mes de NOVIEMBRE	4.1 Formato de ingresos y egrasos _____ en el mes NOVIEMBRE 15	5%	29/11/2024	OK		
			4.2 Soportes de egreso (con la aprobación de la coordinación) NOVIEMBRE 15	5%	29/11/2024	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, vinculaciona EPS y compromisos de acuerdo a los documentos pendientes) 15 NOVIEMBRE	5%	29/11/2024	OK		
		5.Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios,Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.	5.1 Formato Ram	2%	29/11/2024	OK		
			5.2 Refrigerios	2%	29/11/2024	OK		
			5.3 Formato RPP	2%	29/11/2024	OK		
			5.4 Fotografías uno a uno de la entrega de RPP - en power Point	2%	29/11/2024	OK		
			5.5 Formato de Bienestarina Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni enmendaduras	2%	29/11/2024	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	5%	29/11/2024	OK		
			6.2 Formato de compromiso de documentos con los seguimientos respectivos en fisico y subido al drive correspondiente del grupo de atención	2%	29/11/2024	OK		
			6.3 Formatos de novedades y compromisos de entregas documentales firmado por las familias (formato APC)	3%	29/11/2024	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 NOVIEMBRE__ (documento en físico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante) i. Aplicacion de la tercera toma de la escala para los ingresos de Febrero ii. Aplicacion de la segunda toma de la escala para los ingresos de Mayo iii. Primera aplicacion ingresos del mes Agosto y de meses anteriores, dependiendo la fecha de ingreso y la edad de los niños de los 5 meses en adelante	5%	29/11/2024	OK		
			7.2 Socializacion al 100% de la escala aplicada en noviembre____ (participantes _____)	5%	29/11/2024	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.	5%	29/11/2024	OK		
		9. Realizar la entrega de la presentacion en power point de los microproyectos	9.1 Complementar la presentacion final de los microproyectos con: ¿Qué resulto? ¿Como se presento? Retos – Desafios	5%	29/11/2024	OK		
		10. Generar espacios y ambientes enriquecidos que fallciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS y a los microproyectos.	10.1 Ambientación de espacios fisicos de la UDS acorde al proyecto pedagogico del territorio y tematica del mes.	1%	29/11/2024	OK		
			10.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica.	2%	29/11/2024	OK		
			10.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación	2%	29/11/2024	OK		
		11. Participar y apoyar 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%	29/11/2024	OK		
			11.2. Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes	3%	29/11/2024	OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Sandra Pinzon Salcedo
NOMBRE:	SANDRA YACKELINE PINZON SALCEDO
C.C.	1030549541

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	MARGARITA MORALES ARRIETA
C.C.	52356015

V°B° ERIKA

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	SANDRA YACKELIN PINZON SALCEDO
IDENTIFICACIÓN:	CC-1030549541
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2024-11-21
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2024-11-18
FECHA DE PAGO:	2024-11-18
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERÍODO PENSIÓN:	2024-10
PERÍODO SALUD:	2024-10
NÚMERO PLANILLA:	8633431774
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	$ 600	$ 162.500	$ 163.100
231001	800227940	COLFONDOS	1	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 800	$ 208.000	$ 208.800
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	$ 1.600	$ 385.100	$ 386.700

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	10/12/2024

EXITO NUEVO KENNEDY
CRA 78K 37A-53 SUR
COMPRA Y RECOJE 3053699480

1 965 *PILA ASO-CAJAS 386.700
Factura: 8630561058
**** SUBTOTAL/TOTAL >>>> $ 386.700
EFECTIVO 400.000

FACTURAS APROBADAS
Fac 8630561058 Apro:619604 BANCO:0023 13.300
CAMBIO

TARIFAS IVA

TARIFA	COMPRA	BASE/IMP.	IVA
0.00%	386700	386700	0
TOTAL=	386700	386700	0

>> MAPA.3680 ID:2024111-7110153
Vr.POS.263 Motor:7.1.15#247
TOTAL ARTICULOS COMPRADOS = 1
Almacenes Exito S.A. Nit 890.900.608-9
AUTORRETENEDOR RES.8825 DE 16/NOV/2016
PARA RECLAMOS LLAMAR AL 018000428800
RESPONSABLE DE IVA- GRAN CONTRIBUYENTE

17/NOV/2024 11:06 0283 27 0028 2914

NOT:20241117028300270028
JFB21

TIQUETE INFORMATIVO DE VENTA
NUMERO DR: HG0835737 386.700
TOTAL TRANSACCION: 386700
Este documento no es Factura de venta.

MARTES Y JUEVES DIA ECOLOGICO..

NOV 17 2024 11:06:16 ICT11.2A EX
EXITO NUEVO KENNEDY
CRA 78K 37A-53 SUR
CORRESPONSAL
BANCO DE OCCIDENTE
C.UNICO: 0012788964 TER: 80001671
C.BANC: 0023
ID CAJERO: 0052972914
RECIBO: 023717 RRN: 046972
APRO: 619604
RECAUDO
SERVICIO: 00001139
FACTURA: 0000000000008630561058
** PAGO FACTURA **
TRANSACCION EXITOSA
RECAUDO $ 386.700

BANCO DE OCCIDENTE es responsable por los servicios prestados por el CB. El CB no puede prestar servicios financieros por su cuenta.
Para reclamos comuníquese al:
01 8000514652
CONSERVE ESTA TIRILLA COMO SOPORTE.
*** CLIENTE ***

Pages 8 Copies
Pesos

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

CUENTA DE COBRO No. 10

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 Noviembre 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 FECHA	NOVIEMBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCIÓN NOVIEMBRE	10	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)	10%	29/11/2024	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: NOVIEMBRE Visibilizando Proyectos (Salud Mental)	5%	29/11/2024	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	5%	29/11/2024	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.	5%	29/11/2024	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	5%	29/11/2024	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	3%	29/11/2024	OK		
			3.2 Formato compromiso entrega de documentos a todos los participantes	2%	29/11/2024	OK		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo antes del 15 de cada mes sus ingresos y egresos ____ durante el mes de NOVIEMBRE	4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes NOVIEMBRE 15	5%	29/11/2024	OK		
			4.2 Soportes de egreso (con la aprobación de la coordinación) NOVIEMBRE 15	5%	29/11/2024	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) 15 NOVIEMBRE	5%	29/11/2024	OK		
		5 Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios,Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.	5.1 Formato Ram	2%	29/11/2024	OK		
			5.2 Refrigerios	2%	29/11/2024	OK		
			5.3 Formato RPP	2%	29/11/2024	OK		
			5.4 Fotografias uno a uno de la entrega de RPP - en powar Point	2%	29/11/2024	OK		
			5.5 Formato de Bienestarina Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni enmendaduras	2%	29/11/2024	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	5%	29/11/2024	OK		
			6.2 Formato de compromiso de documentos con los seguimientos respectivos en fisico y subido al drive correspondiente del grupo de atención	2%	29/11/2024	OK		
			6.3 Formatos de novedades y compromisos de entregas documentales firmado por las familias (formato APC)	3%	29/11/2024	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 NOVIEMBRE__ (documento en fisico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante) i. Aplicacion de la tercera toma de la escala para los ingresos de Febrero ii. Aplicacion de la segunda toma de la escala para los ingresos de Mayo ii. Primera aplicacion Ingresos del mes Agosto y de meses anteriores, dependiendo la fecha de ingreso y la edad de los niños de los 5 meses en adelante	5%	29/11/2024	OK		
			7.2 Socializacion al 100% de la escala aplicada en noviembre____ (participantes _____)	5%	29/11/2024	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.	5%	29/11/2024	OK		
		9. Realizar la entrega de la presentacion en power point de los microproyectos	9.1 Complementar la presentacion final de los microproyectos con: ¿Qué resulto? ¿Como se presento? Retos – Desafios	5%	29/11/2024	OK		
		10. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faciliten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS y a los microproyectos.	10.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS acorde al proyecto pedagogico del territorio y tematica del mes.	1%	29/11/2024	OK		
			10.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica.	2%	29/11/2024	OK		
			10.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación	2%	29/11/2024	OK		
		11. Participar y apoyar 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%	29/11/2024	OK		
			11.2. Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes	3%		OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Shirley Paola Vanegas Prada
NOMBRE:	SHIRLEY PAOLA VANEGAS PRADA
C.C.	52789729

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	MARGARITA MORALES ARRIETA
C.C.	52358915

V°B°

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTO[illegible]QUIDACION 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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2024-10	2024-10	I	18/11/2024	81237918	TOTAL A PAGAR	
					$379.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	162.500	0		0		0	6	700	0	163.200	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	208.000	0	0	0	0	6	900	0	208.900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	6.800				6.800	6	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	6	0	0	0
ICBF				
0	6	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	163.200
Pensión	1	208.000	208.900
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	379.000

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	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: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2024-10	2024-10	I	18/11/2024	81237918	$379.000

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Desconocido	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COR/REDUCCIÓN	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	52769729	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	I	6.600		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Gmail

PAOLA VANEGAS <paolavp2008@gmail.com>

Pago exitoso

2 mensajes

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

16 de noviembre de 2024, 9:26



¡Pago exitoso!

Hiciste un pago en COMPENSAR-OI por $379.000,00
Fecha: El 16 de noviembre de 2024
Hora: 9:26 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

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

16 de noviembre de 2024, 13:11

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

CUENTA DE COBRO No. 10

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 Noviembre 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 ROCIÓ QUIROZ MANRIQUE
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

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

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

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO POR CARGO

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	DIANA KATHERIN CONDE VALENCIA
CARGO	PSICOSOCIAL
PERIODO	NOVIEMBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION NOVIEMBRE	10	1. Verifica la existencia del registro civil de las niñas y los niños (y del documento de identidad de las mujeres gestantes). En los casos de no contarse, orienta y hace seguimiento de la familia y cuidadores y adelanta acciones ante la autoridad competente, según corresponda	1.1 Carpetas de los participantes - Base de las 7 atenciones unificada por UDS	5%	29/11/2024	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, por profesional psicosocial)	2.1 Gestiones, en torno a los micro proyectos, salud,citas médicas y vacunación	5%	29/11/2024	OK		
			2.2 Liderar la movilización social del mes: Foro" Gestando con amor :para ser libres de violencia :a favor de una infancia en paz"		29/11/2024	OK		
		3. Validación criterios de focalizacion junto con el documento de identidad, de los nuevos ingresos de NOVIEMBRE, que son_____	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 corresponditentes 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%	29/11/2024 29/11/2024 29/11/2024 29/11/2024	OK (8)		
		4. Realizacion procesos de caracterización, de ___ ingresos para Noviembre de las Unidades delegadas en el territorio.	4.1 Registro de _____ Nuevos participantes, en el formato (f23.mo12.pp_formato_ficha_de_caracterizacion_para_los_servicios_de_atencion_a_la_primera_infancia_v2).	15%	29/11/2024	OK (8)		
		5. Procesos de Formación y cualificación al Talento Humano de acuerdo con el tema del Plan de Formacion al TH Noviembre (escala cualitativa, salud mental y semana del buen trato)	5.1 Acta, Registro fotografico y Firmas	10%	29/11/2024	OK		
		6. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias, Noviembre (escala cualitativa, salud mental y semana del buen trato)	6.1 Planeación cargada al drive 6,2 Realización de los 9 talleres, de las UAS delegadas 6.3. Registro fotografico.	10%	29/11/2024 29/11/2024 29/11/2024	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 trabajo del comité 7.4 Evidencias socialización respuesta buzon mes anterior	5%	29/11/2024	OK		
		8.Seguimiento a poblacion migrante y desplazados.	8.1 Base excel poblacion migrante y desplazados, Formatos APC 1 por UDS	5%	29/11/2024	OK (3 M)		
		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%	29/11/2024	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%	29/11/2024	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%	29/11/2024	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%	29/11/2024	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%	29/11/2024	OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	DIANA KATHERIN CONDE VALENCIA
C.C.	1030661794

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	MARGARITA MORALES ARRIETA
C.C.	52356915

V°B°

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	
2024-10	2024-10		9477106765	I	2024/11/26			0		

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES														PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES					
No.	Identificación	Nombre	Ingret	Idetae	Idptap	Vsp	Cor	Vst	Sln	Ige	Lma	Vac	Avp	Vct	Fl	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	1030661794	CONDE DIANA														23020 1	30	$1,300,000	$208,000	EPS017	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 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
2024-10	2024-10		9477106765	I	2024/11/26			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
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$208,000	$0	$0	$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,800	$0	$0	$6,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$6,800	$0	$0	$6,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				1	$377,300	$0	$0	$377,300

¡Tu pago fue exitoso!

Número de autorización: 008336

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

Planilla As Aportes En Linea

No. de planilla 9477106265

Valor	$ 377.300 ,00
Costo de la transacción	Gratis

Banco de Bogotá Transferencia PAGADO

El pago se realizó desde:

Cuenta de Ahorros

No. 035608280

Ciudad: BOGOTA D.C Mes: Noviembre 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-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 noviembre 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	NOVIEMBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION NOVIEMBRE	10	1. Verifica la existencia del registro civil de las niñas y los niños (y del documento de identidad de las mujeres gestantes). En los casos de no contarse, orienta y hace seguimiento de la familia y cuidadores y adelanta acciones ante la autoridad competente, según corresponda	1.1 Carpetas de los participantes - Base de las 7 atenciones unificada por UDS	5%	29/11/2024	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, por profesional psicosocial)	2.1 Gestiones, en torno a los micro proyectos, salud,citas médicas y vacunación	5%	29/11/2024	OK		
			2.2 Liderar la movilización social del mes: Foro" Gestando con amor :para ser libres de violencia :a favor de una infancia en paz"		29/11/2024	OK		
		3. Validación criterios de focalizacion junto con el documento de identidad, de los nuevos Ingresos de NOVIEMBRE, que son_____	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%	29/11/2024 29/11/2024 29/11/2024 29/11/2024	OK (17)		
		4. Realizacion procesos de caracterización, de ___ ingresos para Noviembre de las Unidades delegadas en el territorio.	4.1 Registro de _____ Nuevos participantes, en el formato (f23.mo12.pp_formato_ficha_de_caracterizacion_para_los_servicios_de_atencion_a_la_primera_infancia_v2).	15%	29/11/2024	OK (17)		
		5. Procesos de Formación y cualificación al Talento Humano de acuerdo con el tema del Plan de Formacion al TH Noviembre (escala cualitativa, salud mental y semana del buen trato)	5.1 Acta, Registro fotografico y Firmas	10%	29/11/2024	OK		
		6. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias, Noviembre (escala cualitativa, salud mental y semana del buen trato)	6.1 Planeación cargada al drive 6.2 Realización de los 9 talleres, de las UAS delegadas 6.3. Registro fotografico.	10%	29/11/2024 29/11/2024 29/11/2024	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 trabajo del comité 7.4 Evidencias socialización respuesta buzon mes anterior	5%	29/11/2024	OK		
		8.Seguimiento a poblacion migrante y desplazados.	8.1 Base excel poblacion migrante y desplazados, Formatos APC 1 por UDS	5%	29/11/2024	OK (3 M)		
		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%	29/11/2024	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%	29/11/2024	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%	29/11/2024	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%	29/11/2024	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%	29/11/2024	OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Gina Paola Martinez.
NOMBRE:	GINA PAOLA MARTINEZ CASTRO
C.C.	52978862

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	MARGARITA MORALES ARRIETA
C.C.	52356915

VoBo

PAGOSIMPLE | Prefactura

Fecha creación reporte: 2024-11-22, 09:59:10 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES

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

Fecha limite de pago: 2024-11-18

GUARDADA 22/11/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

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

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

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días 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	Total
C 52978862	MARTINEZ CASTRO GINA PAOLA	57	00																0	30	30	30	30	COLPENSIONES	$ 1.300.000	$ 208.000	EPS SANITAS	$ 1.300.000	$ 162.500	ARL SURA	$ 1.300.000	$ 6.800	COMPENSAR CCF	$ 1.300.000	$ 7.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 385.100

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes FSP	Aportes FSS	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE	TOTAL INTERESES	TOTAL FINAL
$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 6.800	$ 7.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 385.100	$ 1.300	$ 386.400

IV. INFORMACION

Día hábil de pago sin mora
10

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

Centro de Servicios Cafam - Supermercados Colsubsidio

8888104919880000000991231

Mibanco - Corresponsables AKI - Supermercados Comfandi - Almacenes Grupo Éxito

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

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

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

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

Banco de Occidente

Punto pago

RECIBO DE PAGO

Fecha de pago: 22/11/2024 **Hora:** 13.01:21

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

Id Trx: 45949352 **Id Aut:** 747903

Comercio: PDP - KIOSCO-EXITO KENNEDY

Dirección: CRA 78 K 37 A 53 SUR

RECAUDO DE FACTURAS

TRANSACCIÓN EXITOSA

Convenio: Simple S a Nuevo

Código convenio: 6347

Referencia de pago: 8810491988

Valor: $386.400.0

ORIGINAL

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

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

CUENTA DE COBRO No. 10

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 Noviembre 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 Roció 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	NOVIEMBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISIÓN	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCIÓN NOVIEMBRE	10	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias como se establece en Cronograma de Capacitación, de acuerdo a la propuesta de cada Nutricionista por territorio. (Realización piezas comunicativas para la divulgación de los temas de salud y nutrición, los cuales podrán ser utilizados por los agentes educativos o compartidos por canales de comunicación digital.) 1.1. Estrategia IEC: **Doble carga nutricional en Colombia** 1.2. Promoción de la lactancia materna: **Licencia de Maternidad, Paternidad y Lactancia**	**1.1 Planeación cargada al drive.** Tema Noviembre:Doble carga nutricional Colombia Tema lactancia noviembre: Licencia de maternidad, paternidad lactancia.	25%	29/11/2024	OK		
			1.2 Formación a familias: Infografías y campañas de divulgación. **1.3 Planeaciónformato Cartilla** **1.4.** Acta con Fotografías y Firmas			OK		
		2. Cualificación al Talento Humano, según Cronograma de estrategia IEC Temas de Noviembre 2.1. Estrategia IEC: ENFERMEDADES TRASMITIDAS POR ALIMENTOS (ETA) 2.2. Promocion de la lactancia materna:Licencia de Maternidad, Paternidad y Lactancia 2.3 Doble carga nutricional en Colombia	2.1 Planeación cargada al drive 2.2 Acta de proceso con listados de asistencias en físico y digital. 2.3 Registro Fotográfico	5%	29/11/2024	OK		
		3. Tamizaje nutricional toma al 100% de los participantes.	3.1. Cronograma _ de fecha concertado con coordinador de territorio y duplas para el tamizaje	10%	29/11/2024	OK		
			Formato Toma de datos antropometricos: 3.1.1 el F11 y F16 en Excel 3.1.2 El f11 y f16 en PDF Para todos los participantes _____según corresponda, la toma.			OK		
			3.3. Formato borrador de tamizaje nutricional (formato APC) este se utiliza con el fin de recolectar todos los datos complementarios que se requiere diligenciar en cuéntame, para un participante nuevo			OK		
		4. Cargar a la plataforma Cuéntame los datos correspondientes al 100% de ingresos del mes de NOVIEMBRE	4.1. cargue al cuéntame del 100% de los datos antropométricos y variables de salud, con calidad y veracidad, al terminar la toma, es responsabilidad del nutricionista descargar el reporte, ***válida FALG, perímetros braquial menor a 11.5, casos de DNT aguda para activación inmediata de ruta de Desnutrición.***	10%	29/11/2024	OK		
		5. Seguimiento Nutricional a Casos (Casos Evento 113, Casos de Desnutrición reporte cuéntame y Casos de Riesgo de desnutrición aguda reporte cuentame)	Casos Desnutrición N._____: (descargados por aplicativo cuéntame y los que se han reportado en meses anteriores) 5.1. Correo electrónico EAPB 5.2. PQR a la EAPB 5.3. Remisión a la familia (Formato APC) 5.4. Seguimiento Nutricional (Formato APC) 5.5 Seguimiento mensual en cuéntame (toma de antropometría mensual)	10%	29/11/2024	OK		
			Casos Riesgos de Desnutrición Aguda N. _____ (priorización para encuentro en el hogar) 5.6. Matriz de seguimiento a casos 5.7. Seguimiento cartilla encuentros en el hogar		29/11/2024	OK		
			Evento 113 N____: De acuerdo a las solicitudes del CZ los casos que desde la secretaria de salud sean identificados y notificados como desnutrición aguda, deberán contar con seguimiento y acercamiento a las familias para la validación de servicios recibidos por la EAPB, tales como: 5.8. Entrega de FTLC 5.9. consulta de CYD; nutrición, pediatría, exámenes complementarios. 5.10. La información recibida deberá registrarse en formato de acta APC anexando los soportes que la familia entregue. 5.11 Cargue mensual al cuéntame de datos antropométricos			OK		
		8. Encuentros en el hogar (Se concerta con el equipo de la unidad los casos a visitar de acuerdo con la priorización)	8.1. Encuentros en el hogar a casos priorizados: Riesgo de desnutrición, mujeres gestantes bajo peso o puerperio	20%	29/11/2024	OK		
		9. Gestión Territorial y articulación con el equipo	9.1 Acta de asistencia a comites llocales SAN 1 nutricionista por territorio	10%	29/11/2024	OK		
			9. 2 Actas de asistencia a Asistencias técnicas del Centro Zonal			OK		
			9. 3 Asistencia a los grupos de estudio		29/11/2024	OK		
		10. Informe de gestión mensual en el formato f8 contractual y general de acciones	10.1 Formato de Informe – Enviado por Coordinación Drive	10%				
			TOTAL	100%				

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

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	MARGARITA MORALES ARRIETA
C.C.	52356915

V°B°

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1000794222	LAURA SOFIA ALARCON ARBELAEZ		Av cl 63 # 73 a 31 apto 601 tr A	3052355371	lalarconarbelaez@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	
2024-10	2024-10	I	07/11/2024	81212252	$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 + Proteccion)	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	860903790-5	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

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	1000794222	LAURA SOFIA ALARCON ARBELAEZ		Av cll 63 # 73 a 31 apto 601 trr A	3052365371	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
2024-10	2024-10	I	07/11/2024	81212252	TOTAL A PAGAR	
					$440.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cobro exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COMISIONES	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	1000794222	ALARCON ARBELAEZ LAURA SOFIA	59	0			N																	230201	1.518.400	242.700	0	0	0	0	EPS017	1.518.400	199.600	14-11	1.518.400	1	6.000		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 613202

jueves, 07 de noviembre de 2024, 3:26:13 PM

Detalle

$440,300.00

Valor Pagado

IVA incluído:	$0.00
Pago a:	COMPENSAR-OI
Débito desde:	Cuenta de ahorros ******6849
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Fecha y hora inicio transacción	2024-11-07 3:25:18
NIT del comercio	9998600669427
Número de factura	81212252
Código Único de Seguimiento	1035750353
Dirección IP:	191.95.53.153
Referencia 1:	
Referencia 2:	CC
Referencia 3:	1000794222

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

CUENTA DE COBRO No. 10

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 Noviembre 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,

Nataly Sarmiento

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	NOVIEMBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISIÓN	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCIÓN NOVIEMBRE	10	**1.** Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias como se establece en Cronograma de Capacitación, de acuerdo a la propuesta de cada Nutricionista por territorio. (Realización piezas comunicativas para la divulgación de los temas de salud y nutrición, los cuales podrán ser utilizados por los agentes educativos o compartidos por canales de comunicación digital.)	1.1 Planeación cargada al drive. Tema Noviembre:Doble carga nutricional Colombia Tema lactancia noviembre: Licencia de maternidad, paternidad lactancia.	25%	29/11/2024	OK		
		1.1. Estrategia IEC: Doble carga nutricional en Colombia 1.2. Promoción de la lactancia materna: Licencia de Maternidad, Paternidad y Lactancia	1,2 Formación a familias. Infografías y campañas de divulgación. 1.3 Planeaciónformato Carilla 1.4. Acta con Fotografíasy Firmas			OK		
		2. Cualificación al Talento Humano, según Cronograma de estrategia IEC Temas de Noviembre 2.1. Estrategia IEC: ENFERMERDADES TRASMITIDAS POR ALIMENTOS (ETA) 2.2. Promocion de la lactancia materna:Licencia de Maternidad, Paternidad y Lactancia 2.3 Doble carga nutricional en Colombia	2.1 Planeación cargada al drive 2.2 Acta de proceso con listados de asistencias en físico y digital. 2.3 Registro Fotográfico	5%	29/11/2024	OK		
		3. Tamizaje nutricional toma al 100% de los participantes.	3.1. Cronograma _ de fecha concertado con coordinador de territorio y duplas para el tamizaje	10%	29/11/2024	OK		
			Formato Toma de datos antropometricos: 3.1.1 el F11 y F16 en Excel 3.1.2 El f11 y f16 en PDF Para todos los participantes _____según corresponda, la toma.			OK		
			3.3. Formato borrador de tamizaje nutricional (formato APC) este se utiliza con el fin de recolectar todos los datos complementarios que se requiere diligenciar en cuéntame, para un participante nuevo			OK		
		4. Cargar a la plataforma Cuéntame los datos correspondientes al 100% de ingresos del mes de NOVIEMBRE	4.1. cargue al cuéntame del 100% de los datos antropométricos y variables de salud, con calidad y veracidad, al terminar la toma, es responsabilidad del nutricionista descargar el reporte, ***válida FALG, perímetros braquial menor a 11.5, casos de DNT aguda para activación inmediata de ruta de Desnutrición.***	10%	29/11/2024	OK		
		5. Seguimiento Nutricional a Casos (Casos Evento 113, Casos de Desnutrición reporte cuentame y Casos de Riesgo de desnutrición aguda reporte cuentame)	Casos Desnutrición N_____: (descargados por aplicativo cuéntame y los que se han reportado en meses anteriores) 5.1. Correo electrónico EAPB 5.2. PQR a la EAPB 5.3. Remisión a la familia (Formato APC) 5.4. Seguimiento Nutricional (Formato APC) 5.5 Seguimiento mensual en cuéntame (toma de antropometría mensual)	10%		OK		
			Casos Riesgos de Desnutrición Aguda N. _____ (priorización para encuentro en el hogar) 5.6. Matriz de seguimiento a casos 5.7. Seguimiento cartilla encuentros en el hogar			OK		
			Evento 113 N____: De acuerdo a las solicitudes del CZ los casos que desde la secretaría de salud sean identificados y notificados como desnutrición aguda, deberán contar con seguimiento y acercamiento a las familias para la validación de servicios recibidos por la EAPB, tales como: 5.8. Entrega de FTLC 5.9. consulta de CYD; nutrición, pediatría, exámenes complementarios. 5.10. La información recibida deberá registrarse en formato de acta APC anexando los soportes que la familia entregue. 5.11 Cargue mensual al cuéntame de datos antropométricos			OK		
		8. Encuentros en el hogar (Se concerta con el equipo de la unidad los casos a visitar de acuerdo con la priorización)	8.1. Encuentros en el hogar a casos priorizados: Riesgo de desnutrición, mujeres gestantes bajo peso o puerperio	20%	29/11/2024	OK		
		9. Gestión Territorial y articulación con el equipo	9.1 Acta de asistencia a comites locales SAN 1 nutricionista por territorio	10%	29/11/2024	OK		
			9. 2 Actas de asistencia a Asistencias técnicas del Centro Zonal			OK		
			9. 3 Asistencia a los grupos de estudio			OK		
		10. Informe de gestión mensual en el formato f8 contractual y general de acciones	10.1 Formato de Informe – Enviado por Coordinación Drive	10%	29/11/2024	OK		
			TOTAL	100%				

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

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	MARGARITA MORALES ARRIETA
C.C.	52356915

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
2024-10	2024-10	1045725442	9475870905	I	2024/11/06	2024/11/13	BANCO CAJA SOCIAL	7	$529,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$256,000	$1,300	$0	$257,300
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$256,000	$1,300	$0	$257,300
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	$1,000	$0	$201,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$200,000	$1,000	$0	$201,000
TOTAL				1	$527,000	$2,700	$0	$529,700

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
2024-10	2024-10	1045725442	9475870905	I	2024/11/06	2024/11/13	BANCO CAJA SOCIAL	7	$529,700

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



¡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: 1045725442
Empresa: APORTES EN LINEA
Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9475870905
Valor de la Transacción: $ 529.700
Fecha de Transacción: 12/11/2024

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: NOVIEMBRE Día: 30 Año: 2024

CUENTA DE COBRO No. 10

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 Noviembre 2024

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

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

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

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

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

Autorizado por:
_____
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 Velasquez 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	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	ANYELA PATRICIA VELASQUEZ GUTIERREZ
CARGO	APOYO PEDAGOGICO UDS
PERIODO y FECHA	NOVIEMBRE

					APOYO PEDAGOGICO:			
FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION NOVIEMBRE	10	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)	10%	29/11/2024	OK	(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: NOVIEMBRE Visibilizando Proyectos (Salud Mental)	10%	29/11/2024	OK	(OK)	
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (DIMF) **Todos los cuadernos deben ser entregados en PDF para la verificación, tener en cuenta lo planeado en los microproyectos**	2.1. **Planeacion Encuentro en el hogar** (1 por cada participante - cargada en en el cuaderno digital en el drive correspondiente - de acuerdo al grupo etareo) - historica desde la primera atencion	5%	29/11/2024	OK	(OK)	
			2.2 Cronograma de visitas, con las respectivas Firmes - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/o ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente.	5%	29/11/2024	OK	(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	5%	29/11/2024	OK	(OK)	
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion raquerida tanto en fisico como en drive (50)	Actualización de los nuevos participantes **3.1** Seguimiento mediante **la Esta de chequeo formato version 2** de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante	2%	29/11/2024	OK	(OK)	
			3.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA al 100%	2%	29/11/2024	OK	(OK)	
			3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA _ al 100%	2%	29/11/2024	OK	(OK)	
			3.4 Archivo Fisico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas) al 100%	2%	29/11/2024	OK	(OK)	
			3.5 Formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF al 100%	2%	29/11/2024	OK	(OK)	
			3.6 Formato compromiso entrega de documentos a todos los participantes.	2%	29/11/2024	OK	(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	7%	29/11/2024	OK	(OK)	
			4.2 Socializacion de la escala ____ Aplicada el mes pasadao, es decir ingresos julio)	7%	29/11/2024	OK	(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%	29/11/2024	OK	(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%	29/11/2024	OK	(OK)	
		7. Realizar la entrega de la presentacion en power point de los microproyectos	7.1 Complementar la presentacion final de los microproyectos con: ¿Qué resulto? ¿Como se presenta? Retos – Desafios	5%	29/11/2024	OK	(OK)	
		8. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faliciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	8.1 Ambietación de espacios fisicos de la UDS que se sean asigandos.	2%	29/11/2024	OK	(OK)	
			8.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica.	3%	29/11/2024	OK	(OK)	
			8.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación.-	5%	29/11/2024	OK	(OK)	
			8.4 Asegurar y mantener el orden y la limpieza.	5%	29/11/2024	OK	(OK)	
		9. Participar y apoyar en las dinamicas relacionadas con la operación.	9.1.Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes	2%	29/11/2024	OK	(OK)	
		TOTAL		100%				

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

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	MARGARITA MORALES ARRIETA
C.C.	52358815

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	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
2024-10	2024-10	1000001364	9476786735	I	2024/11/20	2024/11/18	BANCO DE BOGOTA	0	$377,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	Ingret tde tae tdp tap vsp cor vst sln lgs cma vac avp vct Int Vig	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	52792170 VELASQUEZ ANYELA		23030 1	30	$1,300,000	$208,000	EPS008	30	$1,300,300	$162,500		0	$0	$0	14-11	30	$1,300,000	0.5223	$6,800	0	$0	$0	No	$377,300
Total Afiliados(1)						$1,300,000	$208,000			$1,300,300	$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 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
2024-10	2024-10	1000001364	9476786735	I	2024/11/20	2024/11/18	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: 008844

Fecha y hora: 16/11/24 - 10:41

Planilla As Aportes En Linea

No. de planilla 9476786735

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: NOVIEMBRE 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-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 NOVIEMBRE 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 Rocio Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,
Jenifer contreras yate
NOMBRE: Jenifer Contreras Yate
C.C. 1.030.602.668
DR. Calle 52 sur # 97 c 20
Tel. 3234689889
Correo: contrerasyate02@hotmail.com

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

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

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

					APOYO PEDAGOGICO :			
FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCIÓN NOVIEMBRE	10	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)	10%	29/11/2024	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: NOVIEMBRE Visibilizando Proyectos (Salud Mental)	10%	29/11/2024	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 atareo) - historica desde la primera atencion	5%	29/11/2024	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.	5%	29/11/2024	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	5%	29/11/2024	ok		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en físico como en drive (50)	Actualización de los nuevos participantes **3.1** Seguimiento mediante la **lista de chequeo formato version 2** de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante	2%	29/11/2024	ok		
			3.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA al 100%	2%	29/11/2024	ok		
			3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA _ al 100%	2%	29/11/2024	ok		
			3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas) al 100%	2%	29/11/2024	ok		
			3.5 Formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF al 100%	2%	29/11/2024	ok		
			3.6 Formato compromiso entrega de documentos a todos los participantes.	2%	29/11/2024	ok		
		4. Entrega y socializacion de las escalas	**4.1** Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que aplique para el mes OCTUBRE__ (documento en físico en las carpetas y escaneado en la cartilla digital del participante) i. Aplicacion de la segunda forma 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	7%	29/11/2024	ok		
			4.2 Socializacion de la escala ____ Aplicada el mes pasado, es decir Ingresos julio)	7%	29/11/2024	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%	29/11/2024	ok		
		6. Formato de ficha de caracteriación de practicas y acciones f7	6.1 Apoyar en los Archivos de excel de practicas (1 x UA) participantes nuevos 1 unificado por los 50 participantes.	7%	29/11/2024	ok		
		7. Realizar la entrega de la presentacion en power point de los microproyectos	7.1 Complementar la presentacion final de los microproyectos con: ¿Qué resulto? ¿Como se presenta? Retos – Desafios	5%	29/11/2024	ok		
		8. Generar espacios y ambientes enriquecidos que falciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	8.1 Ambietación de espacios físicos de la UDS que se sean asigandos.	2%	29/11/2024	ok		
			8.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica.	3%	29/11/2024	ok		
			8.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación.-	5%	29/11/2024	ok		
			8.4 Asegurar y mantener el orden y la limpieza.	5%	29/11/2024	ok		
		9. Participar y apoyar en las dinamicas relacionadas con la operación.	9.1 Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes	2%	29/11/2024	ok		
		TOTAL		100%				

FIRMA CONTRATISTA	Jenifer Contreras
NOMBRE:	JENIFER CONTRERAS YATE
C.C.	1030602668

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	MARGARITA MORALES ARRIETA
C.C.	52356915

VoBo

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 52S 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
2024-10	2024-10	202411161131544432 79	9476765551	I	2024/11/19	2024/11/18	BANCO AV VILLAS	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

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
2024-10	2024-10	20241116113154443279	9476765551	I	2024/11/19	2024/11/18	BANCO AV VILLAS	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	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

Banco AV Villas

COMPROBANTE PAGO DE PLANILLA ASISTIDA PILA

Número identificación del Aportante / Pin Único	Valor a Pagar $:
1.030602668	377.300

Si usted va a realizar el pago con el número de Planilla, diligencie esta sección:

PAGO CON NÚMERO DE PLANILLA

Número de Planilla: 9476765551

Si usted va a realizar el pago con Pin Único, diligencie esta sección:

PAGO CON PIN ÚNICO

Operador de Información: Aportes en Linea

Periodo de Cotización a Pagar: Año 2024 Mes 10

NUU 443 20241116 11:31 SC 840 LINEA A
VR PAGADO: 377,300.00
NOMBRE:APORTES EN LINEA
CLAVE: 0
UN:1030602668
Fecha Aplicación:19000101 PIN:0
Estimado cliente: Verifique los datos de su pago. Después de retirarse de la ventanilla no se aceptan reclamos.

CAP-PPD-OSE-V2

ESTIMADO CLIENTE:
VERIFIQUE QUE LA INFORMACIÓN IMPRESA EN EL COMPROBANTE SEA CORRECTA Y QUE EL VALOR REGISTRADO CORRESPONDA AL VALOR ORDENADO POR USTED. EL BANCO NO TENDRÁ COPIA DE ESTE FORMATO. EL SOPORTE DE LA TRANSACCIÓN SERÁ EL REGISTRO EN EL SISTEMA. RECUERDE QUE ESTE SERÁ EL ÚNICO SOPORTE FÍSICO DE SU TRANSACCIÓN. CONSÉRVELO PARA CUALQUIER VERIFICACIÓN.

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

CUENTA DE COBRO No. 11

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 NOVIEMBRE 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 Rocío 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.

CERTIFICACION 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 MDS
PERIODO y FECHA	NOVIEMBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	APOYO PEDAGOGICO : FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCIÓN NOVIEMBRE	10	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)	10%	29/11/2024			
			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: NOVIEMBRE Visibilizando Proyectos (Salud Mental)	10%	29/11/2024	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 on el drive correspondiente - de acuerdo al grupo etareo) - historica desde la primera atencion	5%	29/11/2024	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.	5%	29/11/2024	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	5%	29/11/2024	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	2%	29/11/2024	OK		
			3.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA al 100%	2%	29/11/2024	OK		
			3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA_ al 100%	2%	29/11/2024	OK		
			3.4 Archivo Fisico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas) al 100%	2%	29/11/2024	OK		
			3.5 Formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF al 100%	2%	29/11/2024	OK		
			3.6 Formato compromiso entrega de documentos a todos los participantes.	2%	29/11/2024	OK		
		4. Entrega y socializacion de las escalas	4.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que aplique para el mes OCTUBRE_ (documento en fisico en los 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	7%	29/11/2024	OK		
			4.2 Socializacion de la escala ____ Aplicada el mes pasadao, es decir ingresos julio)	7%	29/11/2024	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%	29/11/2024	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%	29/11/2024	OK		
		7. Realizar la entrega de la presentacion en powar point de los microproyectos	7.1 Complementar la presentacion final de los microproyectos con: ¿Qué resulto? ¿Como se presento? Retos – Desafios	5%	29/11/2024	OK		
		8. Generar espacios y ambientes enriquecidos que falciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	8.1 Ambietación de espacios fisicos de la UDS que se sean asignados.	2%	29/11/2024	OK		
			8.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica.	3%	29/11/2024	OK		
			8.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación.-	3%	29/11/2024	OK		
			8.4 Asegurar y mantener el orden y la limpieza.	5%	29/11/2024	OK		
		9. Participar y apoyar en las dinamicas relacionadas con la operación.	9.1.Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes	2%	29/11/2024	OK		
		TOTAL		100%				

FIRMA CONTRATISTA	Luz Marina Diaz
NOMBRE:	LUZ MARINA DIAZ CORREDOR
C.C.	51748697

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	MARGARITA MORALES ARRIETA
C.C.	52356915

VoBo

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: 81731484

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	81731484
Fecha pago	2024-11-18
Número de autorización pago	1834578
Banco	1083

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	octubre de 2024
Periodo de Cotización Pensión	octubre 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

81731484

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

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

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

Scotiabank COLPATRIA

Punto de pago

RECIBO DE PAGO

Fecha de venta: 16/1/24 Hora: 09:51:22 a.m.

Id comercio: 13496 No. Terminal: 2056

Id Trx: 45094634 Id Aut: 605377

Comercio: PDP BOGOTA PLAZA DE LAS AMERICAS

Dirección: CRA 78 35 07

RECAUDO PSP

TRANSACCIÓN EXITOSA

Convenio: COMPENSAR MI PLANILLA

referencia: 8381731484

Valor: $ 403.700

ORIGINAL

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

Ciudad: BOGOTA D.C Mes: NOVIEMBRE 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: 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: NOVIEMBRE 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 Garzón
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 GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	MARTHA CECILIA GARZON
CARGO	APOYO PEDAGOGICO UDS
PERIODO y FECHA	NOVIEMBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	APOYO PEDAGOGICO: FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION NOVIEMBRE	10	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)	10%	29/11/2024	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: NOVIEMBRE Visibilizando Proyectos (Salud Mental)	10%	29/11/2024	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	5%	29/11/2024	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.	5%	29/11/2024	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	5%	29/11/2024	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	2%	29/11/2024	OK		
			3.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA al 100%	2%	29/11/2024	OK		
			3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes dat GA _ al 100%	2%	29/11/2024	OK		
			3.4 Archivo Fisico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas) al 100%	2%	29/11/2024	OK		
			3.5 Formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF al 100%	2%	29/11/2024	OK		
			3.6 Formato compromiso entrega de documentos a todos los participantes.	2%	29/11/2024	OK		
		4. Entrega y socializacion de las escalas	4.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que aplique para el mes 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	7%	29/11/2024	OK		
			4.2 Socializacion de la escala ____ Aplicada el mes pasadao, es decir ingresos julio)	7%	29/11/2024	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%	29/11/2024	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%	29/11/2024	OK		
		7. Realizar la entrega de la presentacion en power point de los microproyectos	7.1 Complementar la presentacion final de los microproyectos con: ¿Qué resulto? ¿Como se presenta? Retos – Desafios	5%	29/11/2024	OK		
		8. Generar espacios y ambientes enriquecidos que falciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	8.1 Ambietación de espacios fisicos de la UDS que se sean asigandos.	2%	29/11/2024	OK		
			8.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica.	3%	29/11/2024	OK		
			8.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación.-	5%	29/11/2024	OK		
			8.4 Asegurar y mantener el orden y la limpieza.	5%	29/11/2024	OK		
		9. Participar y apoyar en las dinamicas relacionadas con la operación.	9.1 Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes	2%	29/11/2024	OK		
		TOTAL		100%				

FIRMA CONTRATISTA	Martha C Garzon
NOMBRE:	MARTHA CECILIA GARZON
C.C.	51930280

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	MARGARITA MORALES ARRIETA
C.C.	52350915

VoBo

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

Señor(a): MARTHA CECILIA GARZON
No. Identificación: CC51930289
Dirección: CARRERA 52 A NO 39 24 SUR BARRIO ALQUERIA
Telefono: 2301113
Correo: marisag14@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8381851928

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	MARTHA CECILIA GARZON
Tipo y número de identificación	CC51930289
Número de planilla	8381851928
Fecha pago	2024-11-20
Número de autorización pago	18297616
Banco	1023

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

PAGADA
8381851928

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

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9548027111 DV: 144321
Cliente:113237 PLANILLAS AVAL Aportes en
Linea Arus Compensar Asopagos Simple Mi
Pla
Fecha: 20/11/2024 09:18:3
PAS: 900993
Nombre: martha
Apellido 1: garzon
NUM PLANILLA: 638185192
TIPO DE IDENTIFICACION: CEDULA DE
CIUDADANIA
NUMERO IDENTIFICACION: 51930286
PERIODO: 202410
Referencia: 838185192 Valor: $377.300,00

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

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

CUENTA DE COBRO No. 4

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 NOVIEMBRE 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,

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.

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

PROGRAMA	DIMF GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	WUIFRAN VEGA ARIAS
CARGO	APOYO PEDAGOGICO UDS
PERIODO y FECHA	NOVIEMBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	APOYO PEDAGOGICO: FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION NOVIEMBRE	10	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)	10%	29/11/2024	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: NOVIEMBRE Visibilizando Proyectos (Salud Mental)	10%	29/11/2024	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	5%	29/11/2024	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.	5%	29/11/2024	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	5%	29/11/2024	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	2%	29/11/2024	OK		
			3.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA al 100%	2%	29/11/2024	OK		
			3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA_ al 100%	2%	29/11/2024	OK		
			3.4 Archivo Fisico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas) al 100%	2%	29/11/2024	OK		
			3.5 Formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF al 100%	2%	29/11/2024	OK		
			3.6 Formato compromiso entrega de documentos a todos los participantes.	2%	29/11/2024	OK		
		4. Entrega y socializacion de las escalas	4.1 Entrega de la escala correspondiente de los niños y niñas que aplique para el mes 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	7%	29/11/2024	OK		
			4.2 Socializacion de la escala ____ Aplicada al mes pasadao, es decir ingresos julio)	7%	29/11/2024	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%	29/11/2024	OK		
		6. Formato de ficha de caracteriación de practicas y acciones f7	6.1 Apoyar en los Archivos de excel de practicas (1 x UA) participantes nuevos 1 unificado por los 50 participantes.	7%	29/11/2024	OK		
		7. Realizar la entrega de la presentacion en power point de los microproyectos	7.1 Complementar la presentacion final de los micropoyectos con: ¿Qué resulto? ¿Como se presenta? Retos – Desafios	5%	29/11/2024	OK		
		8. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faciliten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	8.1 Ambientación de espacios fisicos de la UDS que se sean asigandos.	2%	29/11/2024	OK		
			8.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad podagógica.	3%	29/11/2024	OK		
			8.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación.-	5%	29/11/2024	OK		
			8.4 Asegurar y mantener el orden y la limpieza.	5%	29/11/2024	OK		
		9. Participar y apoyar en las dinamicas relacionadas con la operación.	9.1.Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes	2%	29/11/2024	OK		
		TOTAL		100%				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	WUIFRAN VEGA ARIAS
C.C.	80.759.821

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	MARGARITA MORALES ARRIETA
C.C.	52356915

VºBº

n línea

Resumen General de Pago

ALES DEL APORTANTE

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

ALES DE LA LIQUIDACION

	Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
4-11	1057994978	9477350407	I	2024/12/05	2024/11/18	BANCOLOMBIA	0	$403,300

N DETALLADA DE APORTES

APLEADO		PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
cación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
CIPAL (1 Afiliados)				$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$26,000			$1,300,000	$6,800		$0	$0
ijo: 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
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
821	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
afiliados(1)				$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$26,000			$1,300,000	$6,800		$0	$0

n línea

Resumen General de Pago

ALES DEL APORTANTE

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

ALES DE LA LIQUIDACION

	Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
4-11	1057994978	9477350407	I	2024/12/05	2024/11/18	BANCOLOMBIA	0	$403,300

DE PAGO

	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
RADORAS: 1)				1	$208,000	$0	$0	$208,000
	230301	800,224,808	8	1	$208,000	$0	$0	$208,000
RADORAS: 1)				1	$6,800	$0	$0	$6,800
	14-11	890,903,790	5	1	$6,800	$0	$0	$6,800
RADORAS: 1)				1	$26,000	$0	$0	$26,000
	CCF24	860,066,942	7	1	$26,000	$0	$0	$26,000
RADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
	EPS008	860,066,942	7	1	$162,500	$0	$0	$162,500
				1	$403,300	$0	$0	$403,300

Pago electrónico

El pago electrónico de su autoliquidación se ha realizado exitosamente

Resumen del pago electrónico



Dirección IP:	152.201.193.211
Estado de la transacción:	APROBADA
Clave planilla:	9477350407
Valor:	403,300
Periodo de pago:	2024-11
No Transaccion (CUS):	105799497 8
Fecha:	2024/11/18
Banco:	BANCOLOMBIA
Aportes en linea:	999001472382

Aceptar

Imprimir

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

CUENTA DE COBRO No. 10

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 Noviembre 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.

CERTIFICACION 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	NOVIEMBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	APOYO PEDAGOGO: FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCIÓN NOVIEMBRE	10	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)	10%	29/11/2024	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: NOVIEMBRE: Visibilizando Proyectos (Salud Mental)	10%	29/11/2024	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	5%	29/11/2024	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.	5%	29/11/2024	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	5%	29/11/2024	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	2%	29/11/2024	OK		
			3.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA al 100%	2%	29/11/2024	OK		
			3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA _ al 100%	2%	29/11/2024	OK		
			3.4 Archivo Fisico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas) al 100%	2%	29/11/2024	OK		
			3.5 Formato de uso de imagenes y de inscripcion de ICBF al 100%	2%	29/11/2024	OK		
			3.6 Formato compromiso entrega de documentos a todos los participantes.	2%	29/11/2024	OK		
		4. Entrege 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	7%	29/11/2024	OK		
			4.2 Socializacion de la escala ____ Aplicada el mes pasadao, es decir ingresos julio)	7%	29/11/2024	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%	29/11/2024	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%	29/11/2024	OK		
		7. Realizar la entrega de la presentacion en power point de los microproyectos	7.1 Complementar la presentacion final de los micropoyectos con: ¿Qué resulto? ¿Como se presento? Retos – Desafios	5%	29/11/2024	OK		
		8. Generar espacios y ambientes enriquecidos que falciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a los intencionalidades de la UDS	8.1 Ambietación de espacios fisicos de la UDS que se sean asigandos.	2%	29/11/2024	OK		
			8.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica.	3%	29/11/2024	OK		
			8.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación.-	5%	29/11/2024	OK		
			8.4 Asegurar y mantener el orden y la limpieza.	5%	29/11/2024	OK		
		9. Participar y apoyar en las dinamicas relacionadas con la operación.	9.1.Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes	3%	29/11/2024	OK		
		TOTAL		100%				

FIRMA CONTRATISTA	Natalia Muñoz
NOMBRE:	YULIETH NATALIA MUÑOZ ZAMORA
C.C.	1032492656

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	MARGARITA MORALES ARRIETA
C.C.	52356915

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		
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	18/11/2024	81337123	$378.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	162.500	0		0		0	3	400	0	162.900	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	208.000	0	0	0	0	3	500	0	208.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor 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	3	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	3	0	0	0
ICBF				
0	3	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	162.900
Pensión	1	208.000	208.500
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	378.300

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	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		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2024-10	2024-10	I	18/11/2024	81337123	$378.300

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	INL	COR	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	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	6.500		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 223202

domingo, 17 de noviembre de 2024, 8:32:24 PM

Detalle

$378,300.00

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	2024-11-17 8:31:15
NIT del comercio	9998600669427
Número de factura	81337123
Código Único de Seguimiento	1057711889
Dirección IP:	190.248.243.123
Referencia 1:	
Referencia 2:	CC
Referencia 3:	1032492656

Ciudad: BOGOTA D.C Mes: NOVIEMBRE Dia: 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-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 Noviembre 2024

CONCEPTO: Auxiliar Administrativa DIMF Kennedy Gestando Futuro Periodistas – Triunfadoras del Contrato N. 11006052024. Con 350 cupos

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

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

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($2.580.200) Dos millones quinientos ochenta mil doscientos pesos M/Cte. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

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

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

Atentamente,
_____
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	NOVIEMBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCIÓN NOVIEMBRE	10	1. Apoyar la organización documental del Talento Humano.	1.1. Verificación de Polizas, Talento Humano Nuevo. (Renovación de contrato, Firmas otro si)	5%	29/11/2024	OK		
			1.2. Verificación de afiliación de Seguridad Social, Talento Humano Nuevo		29/11/2024	OK		
			1.3. Verificar documentos anexos a la nomina		29/11/2024	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%	29/11/2024	OK		
			2.2 Cargue de Talento Humano Nuevo _____de la UDS delegada.		29/11/2024	OK		
			2.3 Actualización grupos etareos, acorde a las edades de los participantes.		29/11/2024	OK		
			2,4 Excel de asistencia, semanal		29/11/2024	OK		
			2,5 Cargue de formación (Aplica solo para Kennedy)		29/11/2024	OK		
			2,6 Cargue de RAM (Aplica solo para Kennedy)		29/11/2024	OK		
		3. Sistematización de la información relacionada con los participantes.	3.1. Directorio de los participantes actualizado de la UDS delegada, Mes de Octubre	20%	29/11/2024	OK		
			3.2. Actualización de formatos RAM, Refrigerios, Bienestarina y entregada de RPP		29/11/2024	OK		
		4. Organizar el archivo físico y garantizar la Seguridad de la Información de los participantes	4.1. Archivo físico de la UDS delegada (Oficios de gestión, actas de equipo, en el marco de los componentes)	10%	29/11/2024	OK		
			4.2. Carpetas de los participantes vinculados a la UDS _____ Participantes.		29/11/2024	OK		
			4.3. Organización de archivo físico para lista de espera.		29/11/2024	OK		
		5. Construcción de la nómina recepcion y verificación de la documentación para formalización.	5.1. Formato de nómina en excel.	10%	29/11/2024	OK		
			5.2. Chek list de nómina por cargo (100% de los soportes relacionados) de la UDS asignada. Proyección Kennedy Jueves 23 Suba Miércoles 22		29/11/2024	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%	29/11/2024	OK		
		7. Solicitud de Refrigerios, Semanal	7.1. Kardex de ingresos y egresos de pedidos de refrigerios	10%	29/11/2024	OK		
			7.2 Consolidado del mes		29/11/2024	OK		
			7.3 Diligenciamiento en el drive de la solicitud de pedidos de refrigerios semanal (jueves de cada semana)		29/11/2024	OK		
		8. Custodia y control de los equipos de computo e impresión y sedes de trabajo	8.1.Relación de fotocopiado e impresiones	5%	29/11/2024	OK		
			8.2. Actualización quincenal y envío de matriz de arreglos locativos		29/11/2024	OK		
		9. Inventarios 2023	9.1.Realizar la consolidación y actualización de los inventarios en el excell correspondiente	10%	29/11/2024	OK		
			9.2 Inventario de equipos Audiovisuales.		29/11/2024	OK		
			9.3. Inventario ICBF		29/11/2024	OK		
			9.4. Inventario APC_Actualizar lo que llegue en el mes		29/11/2024	OK		
		10. Organización y relación de servicios públicos y caja menor.	10.1 Formato de relación servicios públicos.	3%	29/11/2024	OK		
			10. 2 Organización AZ con los servicios correspondientes a la UDS.		29/11/2024	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%	29/11/2024	OK		
			11.2. Participar activamente en los grupos de Estudio programados en el mes		29/11/2024	OK		
			TOTAL	100%				

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

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	MARGARITA MORALES ARRIETA
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 52928159		MALDONADO MALDONADO SHIRLEY ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 136a 145-10	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
2024-10	2024-10	1062837055	9476500536	I	2024/11/18	2024/11/20	NEQUI	2	$378,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$300	$0	$208,300
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$208,000	$300	$0	$208,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,800	$100	$0	$6,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$6,800	$100	$0	$6,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$300	$0	$162,800
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$162,500	$300	$0	$162,800
TOTAL				1	$377,300	$700	$0	$378,000

2024/11/25 09:34 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
2024-10	2024-10	1062837055	9476500536	I	2024/11/18	2024/11/20	NEQUI	2	$378,000

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	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Dias	Exonerado SENA e ICBF
1	CC	52928159	MALDONADO MALDONADO SHIRLEY ANDREA																		230201	30	EPS017	30		0	14-11	30	0	No
Total	Afiliados(1)																												

← **Comprobante**

Movimiento hecho en:

Nequi

Número de referencia

M12651791

Pago realizado

Pago en

Aportes En Linea

¿Cuánto?

$ 378.000,00

Fecha

19 de noviembre de 2024 a las 07:22 p. m.

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

VIGILADO Superintendencia Financiera de Colombia