Asociacion Profesionales de Colombia

830107985-1

Relacion del gasto

CDI Institucional Angel Guardian Contrato No 11007002025

TALENTO HUMANO FASE ATENCION JULIO 2025

| N | NOMBRE | CARGO | CEDULA | FECHA | VALOR |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | LIZETH KATHERINN LOPEZ PERDOMO | COORDINADOR | 52.356.915 | Julio 2025 | $ 3.709.496 |
| 2 | JOHANNA ANDREA CONTRERAS MARIN | NUTRICIONISTA | 53.077.091 | Julio 2025 | $ 2.617.580 |
| 3 | PAULA GERALDINE CAMARGO MORA | PSICOSOCIAL | 1.012.452.102 | Julio 2025 | $ 2.617.580 |
| 4 | LEIDY ROCIO ALVARADO MENDEZ | AUXILIAR ADMINISTRATIVO | 1.030.577.902 | Julio 2025 | $ 1.664.500 |
| 5 | LAURA CATALINA DUQUINO CAICEDO | AGENTE EDUCATIVO PERFIL 1 | 1.030.673.693 | Julio 2025 | $ 1.126.946 |
| 6 | LEIDY VIVIANA GUTIERREZ VEGA | AGENTE EDUCATIVO PERFIL 1 | 1.082.156.095 | Julio 2025 | $ 1.664.500 |
| 7 | LEONOR DE LA CRUZ CASTRO | AGENTE EDUCATIVO PERFIL 1 | 1.016.100.875 | Julio 2025 | $ 1.664.500 |
| 8 | YEIMMY ANDREA ARENAS SANCHEZ | AGENTE EDUCATIVO PERFIL 1 | 1.087.702.041 | Julio 2025 | $ 1.664.500 |
| 9 | YODY PAOLA CIPRIAN MALDONADO | AGENTE EDUCATIVO PERFIL 1 | 1.030.621.544 | Julio 2025 | $ 1.631.023 |
| 10 | ROSA MAHERLLY MARTINEZ GALINDO | AGENTE EDUCATIVO PERFIL 1 | 1.022.384.167 | Julio 2025 | $ 1.664.500 |
| 12 | KAREN JULIETH PALACIOS MORENO | AGENTE EDUCATIVO PERFIL 1 | 52.832.376 | Julio 2025 | $ 1.664.500 |
| 13 | KAREN BERNAL VERA | AGENTE EDUCATIVO PERFIL 1 | 1.030.694.515 | Julio 2025 | $ 1.664.500 |
| 14 | GRACE YACKELINE PADILLA | AGENTE EDUCATIVO PERFIL 1 | 1.030.655.437 | Julio 2025 | $ 1.509.620 |
| 15 | EDNA VIBIANA ROJAS VARGAS | AGENTE EDUCATIVO PERFIL 1 | 52.985.074 | Julio 2025 | $ 1.496.287 |
| 16 | KAREN TATIANA CARDENAS RODRIGUEZ | APOYO PEDAGÓGICO PERFIL 1 | 1.106.888.652 | Julio 2025 | $ 1.509.620 |
| 17 | MYRIAM LILIANA RAMOS IBARRA | APOYO PEDAGÓGICO PERFIL 1 | 20.811.512 | Julio 2025 | $ 1.496.287 |
| 18 | YULIANA PATRICIA CIENFUEGOS PEREZ | APOYO PEDAGÓGICO PERFIL 1 | 1.143.377.520 | Julio 2025 | $ 1.509.620 |
| 19 | ANGIE LORENA CIFUENTES RINCON | APOYO PEDAGÓGICO PERFIL 1 | 1.016.081.789 | Julio 2025 | $ 1.509.620 |
| 20 | MARTHA ISABEL OYOLA BOTACHE | AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES | 65.827.024 | Julio 2025 | $ 1.459.299 |
| 21 | LINA PAOLA GALINDO AGUELLO | AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES | 52.821.083 | Julio 2025 | $ 1.459.299 |
| 22 | YASMITH OSMA MOGOLLON | AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES | 63.436.620 | Julio 2025 | $ 1.509.620 |
| 23 | ADRIANA MARIA ZAPATA | MANIPULADORA DE ALIMENTOS | 52.550.809 | Julio 2025 | $ 1.509.620 |
| 24 | ALEXANDRA MEJIA SANABRIA | MANIPULADORA DE ALIMENTOS | 39.657.376 | Julio 2025 | $ 1.509.620 |
| 25 | AURA JUDITH CLAVIJO GALVIS | MANIPULADORA DE ALIMENTOS | 52.376.021 | Julio 2025 | $ 1.509.620 |
| 26 | SELENY ALEIDAD SEGURA CORTEZ | MANIPULADORA DE ALIMENTOS | 1.004.201.802 | Julio 2025 | $ 1.509.620 |
| 27 | GREYS ALEJANDRA AMAYA LOPEZ | REEMPLAZOS AGENTE | 52.979.572 | Julio 2025 | $ 698.341 |
| **TOTAL** | | | | | **$ 43.550.218** |

| | |
|---|---|
| **TOTAL NOMINA FASE ATENCION JULIO 2025** | **$ 43.550.218** |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | **$ 43.550.218** |

ABRIR FORMULARIO

| Datos de los pagos | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **N° de registro** | **Identificación** | **Tipo de identificación** | **Producto de Destino** | **Tipo de producto** | **Código del banco** | **Valor del traslado** |
| **1** | 1024510354 | 02 | 0570004870425115 | CA | 51 | 3709496 |
| **2** | 53077091 | 02 | 3214207614 | DP | 51 | 2617580 |
| **3** | 1012452102 | 02 | 0550488451444233 | CA | 51 | 2617580 |
| **4** | 1030577902 | 02 | 0550488441113567 | CA | 51 | 1664500 |
| **5** | 1030688944 | 02 | 3143733621 | DP | 51 | 1126946 |
| **6** | 1016100875 | 02 | 3218090980 | DP | 51 | 1664500 |
| **7** | 1087702041 | 02 | 3106582161 | DP | 51 | 1664500 |
| **8** | 1030621544 | 02 | 0550488435207334 | CA | 51 | 1664500 |
| **9** | 1022384167 | 02 | 3123114299 | DP | 51 | 1631023 |
| **10** | 52832376 | 02 | 0550488451628231 | CA | 51 | 1664500 |
| **11** | 1030694515 | 02 | 0550488426887516 | CA | 51 | 1664500 |
| **12** | 1030655437 | 02 | 0550456000152136 | CA | 51 | 1664500 |
| **13** | 52985074 | 02 | 3114502000 | DP | 51 | 1509620 |
| **14** | 55201465 | 02 | 3132802235 | DP | 51 | 1496287 |
| **15** | 1012384470 | 02 | 3107569276 | DP | 51 | 1509620 |
| **16** | 20811512 | 02 | 0570456870075151 | CA | 51 | 1496287 |
| **17** | 1143377520 | 02 | 0550462300186048 | CA | 51 | 1509620 |
| **18** | 1016081789 | 02 | 3224396279 | DP | 51 | 1509620 |
| **19** | 65827024 | 02 | 0550488451622507 | CA | 51 | 1459299 |
| **20** | 52821083 | 02 | 3144462331 | DP | 51 | 1459299 |
| **21** | 63436620 | 02 | 300 7062760 | DP | 51 | 1509620 |
| **22** | 52550809 | 02 | 0550488432338934 | CA | 51 | 1509620 |
| **23** | 39657376 | 02 | 3124401991 | DP | 51 | 1509620 |
| **24** | 52376021 | 02 | 0550488451623729 | CA | 51 | 1509620 |
| **25** | 1004201802 | 02 | 488451227562 | CA | 51 | 1509620 |
| **26** | 52979572 | 02 | 0550488451240235 | CA | 51 | 698341 |

ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT: 830.107.985-1

| | |
|---|---|
| PROGRAMA: | CDI ANGEL GUARDIAN |
| No. CONTRATO: | NOMINA JULIO |
| PAGO NOMINA: | ANGEL GUARDIAN |

Profesionales De Colombia

| TIPO DE ID | N ID | NOMBRE | APELLIDO | BANCO | TIPO DE PRO | CUENTA | VALOR | FIRMAS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 1024510354 | LIZETH KATHERINNE | LOPEZ PERDOMO | 51 | CA | 0570004870425115 | $ 3.709.496 | |
| 1 | 53077091 | JOHANNA ANDREA | CONTRERAS MARIN | 51 | DP | 3214207614 | $ 2.617.580 | |
| 1 | 1012452102 | PAULA GERALDINE | CAMARGO MORA | 51 | CA | 0550488451444233 | $ 2.617.580 | |
| 1 | 1030577902 | LEIDY ROCIO | ALVARADO MENDEZ | 51 | CA | 0550488441113567 | $ 1.509.620 | |
| 1 | 1030688944 | LAURA CATALINA | DUQUINO CAICEDO | 51 | DP | 3143733621 | $ 1.126.946 | |
| 1 | 1016100875 | LEIDY VIVIANA | GUTIERREZ VEGA | 51 | DP | 3218090980 | $ 1.664.500 | |
| 1 | 1087702041 | LEONOR | DE LA CRUZ CASTRO | 51 | DP | 3106582161 | $ 1.664.500 | |
| 1 | 1030621544 | YEIMMY ANDREA | ARENAS SANCHEZ | 51 | CA | 0550488435207334 | $ 1.664.500 | |
| 1 | 1022384167 | YODY PAOLA | CIPRIAN MALDONADO | 51 | DP | 3123114299 | $ 1.631.023 | |
| 1 | 52832376 | ROSA MAHERLLY | MARTINEZ GALINDO | 51 | CA | 0550488451628231 | $ 1.664.500 | |
| 1 | 1030694515 | KAREN JULIETH | PALACIOS MORENO | 51 | CA | 0550488426887516 | $ 1.664.500 | |
| 1 | 1030655437 | KAREN | BERNAL VERA | 51 | CA | 0550456000152136 | $ 1.664.500 | |
| 1 | 52985074 | GRACE YACKELINE | PADILLA | 51 | DP | 3114502000 | $ 1.509.620 | |
| 1 | 55201465 | EDNA VIBIANA | ROJAS VARGAS | 51 | DP | 3132802235 | $ 1.496.287 | |
| 1 | 1012384470 | KAREN TATIANA | RODRIGUEZ CARDENAS | 51 | DP | 3107569276 | $ 1.509.620 | |
| 1 | 20811512 | MYRIAM LILIANA | RAMOS IBARRA | 51 | CA | 0570456870075151 | $ 1.496.287 | |
| 1 | 1143377520 | YULIANA PATRICIA | CIENFUEGOS PEREZ | 51 | CA | 0550462300186048 | $ 1.509.620 | |
| 1 | 1016081789 | ANGIE LORENA | CIFUENTES RINCON | 51 | DP | 3224396279 | $ 1.509.620 | |
| 1 | 65827024 | MARTHA ISABEL | OYOLA BOTACHE | 51 | CA | 0550488451622507 | $ 1.459.299 | |
| 1 | 52821083 | LINA PAOLA | GALINDO ARGUELLO | 51 | DP | 3144462331 | $ 1.459.299 | |
| 1 | 63436620 | YASMITH | OSMA MOGOLLON | 51 | DP | 300 7062760 | $ 1.509.620 | |
| 1 | 52550809 | ADRIANA MARIA | ZAPATA | 51 | CA | 0550488432338934 | $ 1.509.620 | |
| 1 | 39657376 | ALEXANDRA | MEJIA SANABRIA | 51 | DP | 3124401991 | $ 1.509.620 | |
| 1 | 52376021 | AURA JUDITH | CLAVIJO GALVIS | 51 | CA | 0550488451623729 | $ 1.509.620 | |
| 1 | 1004201802 | SELENY ALEIDA | SEGURA CORTES | 51 | CA | 488451227562 | $ 1.509.620 | |
| 1 | 52979572 | GREYS ALEJANDRA | AMAYA LOPEZ | 51 | CA | 0550488451240235 | $ 698.341 | |

Ciudad: BOGOTÁ D.C Mes: JULIO Día: 30 Año: 2025

**CUENTA DE COBRO No. 3**

**ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA**
**NIT 830.107.985-1**

**DEBE A:**

**CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

**NOMBRE:** LIZETH KATHERINNE LOPEZ PERDOMO
**CEDULA:** 1.024.510.354
CUENTA BANCARIA: 057000487042511 5 BANCO: DAVIVIENDA AHORRO X CORRIENTE ___
LA SUMA DE: ($$3.709.496) TRES MILLONES SETECIENTOS NUEVE MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS M/CTE.
PERIODO: **Fase de implementación de servicios Julio 2025**

**CONCEPTO: Coordinadora – CDI Contrato N. 11007002025**

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:** TRES MILLONES SETECIENTOS NUEVE MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS M/CTE. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Eliana Andrea Moreno Vargas
Coordinadora
C.C. 52.356.915

Aprobado por:

Ana Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: LIZETH KATHERINNE LOPEZ PERDOMO
C.C. 1.024.510.354
DR. CLL 38 # 31 SUR 130
Telefono: 3015906630 / gyreth1301@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 # 11007002025**

| | |
|---|---|
| **PROGRAMA** | CDI ÁNGEL GUARDIÁN |
| **NOMBRE** | LIZETH LOPEZ |
| **CARGO** | COORDINADORA |
| **PERIODO y FECHA** | JULIO |

| FASE | PAGO No | PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES | FUENTES DE VERIFICACIÓN | PORCENTAJE | FECHA DE REVISION | CUMPLE | NO CUMPLE | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ATENCION MES DE JULIO | 4 | 1. Informe Técnico, que de cuenta de la ejecucón de cada uno de los componentes en el mes de Atención | 1.1 Formato f8 contractual<br>1.2. Organización Drive con los estandares del Contractual y cargar los soportes Existentes.<br>1.3 Formato f8 Acciones | 20% | 04.08.25 | ✓ | | |
| | | 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 2.2<br>Evaluacion de desempeño | 5% | 04.08.25 | ✓ | | |
| | | 3. Organizar, Monitorear e informar las especificaciones de la cobertura y población a atender | 3.1 Formato Certificación de Cobertura<br>3.2 Formato Población Migrante<br>3.3 Formato Desplazados<br>3.4.Caracterizacion Metas Sociales y financieras | 15% | 04.08.25 | ✓ | | |
| | | 4. Monitorear la novedades de Ingresos y egresos | 4.1 Formato ingresos y egresos, junto con sus soportes para el motivo del retiro<br>4.2 Reportar y revisar las polizas de los niños que ingresa y egresan en el mes | 5% | 04.08.25 | ✓ | | |
| | | 5,. Monitorear el cumplimiento Cuentame al 100% Mensual | 5.1. Cargue de Participantes Nuevos al 100%<br>5.2. Cargue del 100%Nutricional, participantes nuevos<br>5.3 Actualización de Talento Humano Nuevo<br>5.5. Cargue de RAM y Formacion a familias del mes | 5% | 04.08.25 | ✓ | | |
| | | 6. Entrega de RAM, Junto con soportes por inasistencia de incapacidades o calamidades familiares | 6.1. Formatos RAM<br>6.2. Soportes de incapacidades<br>6.3. Carpeta de Retos en Familia | 15% | 04.08.25 | ✓ | | |
| | | 7. Monitorear el Plan de Trabajo | 7.1. Verificacion del plan de trabajo desde los diferentes componentes. | 10% | 04.08.25 | ✓ | | |
| | | 8. Proyecto Pedagógico, Planeaciones pedagogicas, seguimientos al desarrollo e informes de acuerdo al plan de trabajo. | 8.1. Seguimiento al proyecto Pedagógico.<br>8.2. Verificacion de planeaciones al dia en el Drive.<br>8.3. Verificacion de seguimiento al desarrollo en el Drive. | 15% | 04.08.25 | ✓ | | |
| | | 9. Monitoreo de casos remitidos y/o activaciones de ruta | 9.1 Verificacion del certificado de no ocurrencia, ante situaciones de violencia o vulneracion.<br>9.2 Verificacion de casos con Discapacidad. | 5% | 04.08.25 | ✓ | | |
| | | 10. Monitoreo del servicio de alimentos | 10.1 Verificacion al cumplimiento de la minuta<br>10.2 Verificacion al PSB y BPM<br>10.3 Seguimiento a la solitud de pedidos<br>10.4 Revisar y hacer seguimiento a los avances de la minuta | 5% | 04.08.25. | ✓ | | |
| | | | | TOTAL 100% | | | | |

| | |
|---|---|
| **FIRMA CONTRATISTA** | |
| **NOMBRE:** | LIZETH LOPEZ |
| **C.C.** | 1024510354 |

| | |
|---|---|
| **FIRMA COORDINADORA** | |
| **NOMBRE:** | ELIANA MORENO |
| **C.C.** | 52.357.450 |

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 1024510354 | | LIZETH KATHERINNE LOPEZ PERDOMO | INDEPENDIENTE | Principal | CALLE 38 N 31-130 | SOACHA-CUNDINAMARCA | 7162022 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-07 | 2025-07 | 1643035890 | 9489099360 | I | 2025/08/14 | 2025/07/21 | NEQUI | 0 | $421,900 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSION | | SALUD | | CCF | | RIESGOS | | | PARAFISCALES | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombre | ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip | Codigo | Dias | Codigo | Dias | Codigo | Dias | Codigo | Dias | Tarifa | Dias | Exonerado SENA e ICBF |
| **SUCURSAL: Principal (1 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ciudad: SOACHA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | CC 1024510354 | LOPEZ LIZETH | X | X | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 30 | EPS005 | 30 | CCF21 | 30 | 14-4 | 30 | 0.522% | 30 | No |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |


DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1024510354 | | LIZETH KATHERINNE LOPEZ PERDOMO | INDEPENDIENTE | Principal | CALLE 38 N 31-130 | SOACHA-CUNDINAMARCA | 7162022 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-07 | 2025-07 | 1643035890 | 9489099360 | I | 2025/08/14 | 2025/07/21 | NEQUI | 0 | $421,900 |


**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $227,800 | $0 | $0 | $227,800 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $227,800 | $0 | $0 | $227,800 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $7,500 | $0 | $0 | $7,500 |
| COLPATRIA ARP | 14-4 | 860,002,183 | 9 | 1 | $7,500 | $0 | $0 | $7,500 |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $8,600 | $0 | $0 | $8,600 |
| CAFAM | CCF21 | 860,013,570 | 3 | 1 | $8,600 | $0 | $0 | $8,600 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $178,000 | $0 | $0 | $178,000 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $178,000 | $0 | $0 | $178,000 |
| **TOTAL** | | | | **1** | **$421,900** | **$0** | **$0** | **$421,900** |

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 1024510354 | | LIZETH KATHERINNE LOPEZ PERDOMO | INDEPENDIENTE | Principal | CALLE 38 N 31-130 | SOACHA-CUNDINAMARCA | 7162022 | No |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-07 | 2025-07 | 1643035890 | 9489099360 | I | 2025/08/14 | 2025/07/21 | NEQUI | 0 | $421,900 |

**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)** | | | | | $1,423,500 | $227,800 | | | $1,423,500 | $178,000 | | | $1,423,500 | $8,600 | | | $1,423,500 | $7,500 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: Principal ( 1 Afiliados)** | | | | | $1,423,500 | $227,800 | | | $1,423,500 | $178,000 | | | $1,423,500 | $8,600 | | | $1,423,500 | $7,500 | | $0 | $0 |
| Ciudad: SOACHA Depto: CUNDINAMARCA ( 1 Afiliados) | | | | | $1,423,500 | $227,800 | | | $1,423,500 | $178,000 | | | $1,423,500 | $8,600 | | | $1,423,500 | $7,500 | | $0 | $0 |
| 1 | CC 1024510354 | LOPEZ LIZETH | 25-14 | 30 | $1,423,500 | $227,800 | EPS005 | 30 | $1,423,500 | $178,000 | CCF21 | 30 | $1,423,500 | $8,600 | 14-4 | 30 | $1,423,500 | $7,500 | 30 | $0 | $0 |
| **Total Afiliados( 1)** | | | | | $1,423,500 | $227,800 | | | $1,423,500 | $178,000 | | | $1,423,500 | $8,600 | | | $1,423,500 | $7,500 | | $0 | $0 |

**Ciudad: Bogotá** **Mes: JULIO** **Día: 30** **Año: 2025**

**CUENTA DE COBRO No.6**

**ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA**
**NIT 830.107.985-1**

**DEBE A:**

**CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS**

**NOMBRE: JOHANNA ANDREA CONTRERAS MARIN**
**CEDULA:** 53.077.091
**CUENTA BANCARIA:3214207614** **BANCO:** DAVIPLATA **AHORRO _X__ CORRIENTE___**
**LA SUMA DE: $ 2.617.580 (Dos Millones Seiscientos Diecisiete Mil Quinientos Ochenta Pesos M/cte)**
**PERIODO: FASE IMPLEMETACION JULIO 2025**

**CONCEPTO: PROFESIONAL EN NUTRICION CDI ANGEL GUARDIAN -CONTRATO 11007002025**

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

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

Autorizo me sea descontada la suma de:

| | |
|---|---|
| APORTES FONDO | 0 |
| PRESTAMOS | 0 |
| OTROS DESCUENTOS( Intereses): | 0 |
| **TOTAL, DESCUENTOS** | 0 |

**TOTAL A PAGAR DESPUES DE DESCUENTOS: $ 2.617.580 (Dos Millones Seiscientos Diecisiete Mil Quinientos Ochenta 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:

Lizeth Katherinne Lopez Perdomo
Coordinador
C.C.1.024.510.354

Aprobado por:

Ana Rocio Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C.52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: JOHANNA ANDREA CONTRERAS MARIN
CEDULA: 53.077.091
DR CR 6C # 22H-30
Telefono: 3214207614 /andreaco85@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.

**-$ 930.800,00**

13 de julio de 2025

Sin categoría

Agregar nota

**Descripción**
COMPRA INTERNET

**Documento**
24764978

**Información adicional**
88175544 MiPlanilla comPagoProteccionSocial

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 | andreoc85@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 | CANTIDAD UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-06 | 2025-06 | I | 14/07/2025 | 88175544 | $930.800 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 368.900 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 368.900 | 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 | 472.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 472.200 | 1 |

| TOTALES RIESGOS LABORALES | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-11 | ARL SURA | 890903790-5 | 71.900 | | | | 71.900 | 0 | 0 | 71.900 | | | 719 | 71.900 | 1 |

| TOTALES CAJAS | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 17.800 | 0 | 0 | 17.800 | 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 | 368.900 | 368.900 |
| Pensión | 1 | 472.200 | 472.200 |
| Riesgos Laborales | 1 | 71.900 | 71.900 |
| CCF | 1 | 17.800 | 17.800 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 4 | 930.800 | 930.800 |

PAGADA

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

Ciudad: BOGOTÁ D.C Mes: julio Día: 30 Año: 2025

**CUENTA DE COBRO No. 5**

**ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA**
**NIT 830.107.985-1**

**DEBE A:**

**CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

**NOMBRE:** PAULA GERALDYNE CAMARGO MORA
**CEDULA:** 1.012.452.102
CUENTA BANCARIA: 0550488451444233 BANCO: DAVIVIENDA AHORRO X CORRIENTE ___
LA SUMA DE: ($2.617.580) DOS MILLONES SEISCIENTOS DIECISIETE MIL QUINIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE.
PERIODO: **Fase de implementación de servicios julio 2025**

**CONCEPTO: Apoyo Psicosocial – CDI Contrato N. 11007002025**

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:** ($2.617.580) DOS MILLONES SEISCIENTOS DIECISIETE MIL QUINIENTOS OCHENTA 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:

Lizeth katherinne Lopez Perdomo
Coordinadora
C.C 1.024.510.354

Aprobado por:

Ana Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: PAULA GERALDYNE CAMARGO MORA
C.C. 1.012.452.102
DR. CRA 91a # 54 – 82 sur
Telefono: 3112191670 / camargopgm@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 # 11007002025**

| | |
|---|---|
| PROGRAMA | CDI ÁNGEL GUARDIÁN |
| NOMBRE | PAULA CAMARGO |
| CARGO | PSICOSOCIAL |
| PERIODO y FECHA | JULIO |

| FASE | PAGO No | PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES | FUENTES DE VERIFICACIÓN | PORCENTAJE | FECHA DE REVISION | CUMPLE | NO CUMPLE | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ATENCION MES DE JULIO | 4 | 1. Verifica la existencia del registro civil de las niñas y los niños. En los casos de no contarse, orienta y hace seguimiento a la familia y cuidadores y adelanta acciones ante la autoridad competente, según corresponda | 1.1 Acta Y base verificación existencia del RC<br>1.2 Apoyo en el seguimiento de atenciones priorizadas (RC, Vacunacion, CyD) al area de salud y nutricion | 5% | 26-7-25 | ✓ | | |
| | | 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 gestión efectiva) | 2.1. Cartas de gestión con radicado y/o evidencia del correo enviado<br>Directorio Institucional_ Actualizado con datos del 2025 | 5% | 26-7-25 | ✓ | | |
| | | 3. Validación criterios de focalización junto con el documento de identidad, de los nuevos ingresos | 3.1 Formato de Visita de Focalización ICBF B para los casos de ingreso nuevos que aplique<br>3.2. Criterios de focalización archivados en la carpeta de cada participante<br>3.3 Archivos digitales con el documento y el criterio que corresponda.<br>3.4 Base de Criterios de Focalización_ Actualizada mes a mes | 10% | 26-7-25 | ✓ | | |
| | | 4. Pacto de Convivencia | 4.1 Visibilizacion del pacto en la UDS<br>4.2 Acta de la socializacion para familias,talento humano y niños del CDI | 5% | 26-7-25 | ✓ | | |
| | | 5. Procesos de Formación a Padres de acuerdo con el tema del Plan de Formación a familias | 5.1 Acta, Registro fotográfico y listado de asistencia | 7% | 26-7-25 | ✓ | | |
| | | 6. Procesos de Formación y cualificación al Talento Humano de acuerdo con el tema del Plan de Formación al TH | 5.1 Acta, Registro fotográfico y listado de asistencia | 7% | 26-7-25 | | | |
| | | 7.Acompañamiento al comité de Control Social y sus procesos | 7.1. Acta reunión del Control social<br>7.2 Apertura de buzón de sugerencias (formato ICBF F2.G23)<br>7.3 Visita de Verificacion Control Social (formato ICBF F4.G23)<br>* Directorio del comite de control Scoial<br>* Plan de trabajo del comité<br>7.4 Encuesta de satisfaccion control social 7.5 Informe de encuesta control social | 8% | 26-7-25 | ✓ | | |
| | | 8. Seguimiento a población migrante y desplazados | 8.1 Base Excel población migrante y desplazados, Formatos APC<br>8.2 Acta de sensibilizacion y seguimiento a casos migrantes | 8% | 26-7-25 | ✓ | | |
| | | 9. Activacion de rutas según sea el caso | 9.1 Formatos de seguimientos, remisiones.<br>*Carpeta Fisica con el historial de remisiones a la fecha, junto con una relacion de cantidad por mes y estado de las mismas<br>9.2 Matriz de seguimiento a casos. Priorizados y remitidos (Formato APC)<br>*Formato F30 para los casos que apliquen y/o certificado de no ocurrencia | 10% | 26-7-25 | ✓ | | |
| | | 10. Ficha de caracterización con ingresos del mes actualizados | 10.1. Formato ficha de caracterización ICBF (F23) Con los 196 Participantes activos, de la siguiente forma:<br>Color Blanco Activos<br>Ingresos en Verde<br>Egreso en rojo | 15% | 26-7-25 | ✓ | | |
| | | 11. Informe de gestión mensual en el formato F8 contractual y general de acciones | 11.1 Formato de Informe – Drive Coordinación (F8 de acciones y contractual)<br>Acciones:<br>i Datos de casos garantía de derechos<br>ii Acciones realizadas de cualificación<br>iii Dificultades del componente en el mes<br>Contractual<br>i Aportes a las obligaciones del componente Familia comunidad y redes | 15% | 26-7-25 | ✓ | | |
| | | 12. Acompañamiento en la dinamica del CDI | 12.1 Seguimiento al cronograma de alimentacion NN, espacios pedagogicos y atencion a padres, madres y/o familiares<br>12.2 Propuesta de evento bazar<br>12.3 Diseño encuesta segundo semestre de servicios | 5% | 26-7-25 | ✓ | | |
| | | | TOTAL | 100% | | | | |

| | |
|---|---|
| FIRMA CONTRATISTA | |
| NOMBRE: | PAULA CAMARGO |
| C.C. | 1012452102 |

| | |
|---|---|
| FIRMA COORDINADORA | |
| NOMBRE: | LIZETH LOPEZ |
| C.C. | 1024510354 |

# PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

**Fecha creación reporte** 2025-07-05, 11:09:48 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1073231529

**Periodo Cotización** 202506 **Periodo Servicio** 202506

**Cliente:**

## PAGADA 2025-07-05 EN HORARIO EXTENDIDO

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Razón Social** | INDEPENDIENTE | | | | |
| **Documento** | CC 1012452102 | **Dirección** | CR 91A SUR #54 - 82 | | |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3112191670 | | |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO | **Total Afiliados** | 1 |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. | | |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | | | |

### II. DATOS DEL AFILIADO

| **Documento** | CC 1012452102 | | Residente | | Exonerado | N | **Apellidos y Nombres** | **Código Ciudad - Departamento** | **Centro de Trabajo** | **Ubicación Laboral** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo Cotizante | 57 | 00 | | | | | CAMARGO MORA PAULA GERALDYNE | 11001000 - 11 | | BOGOTA D.C. |

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

| Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Extranjero | Tipo salario | Salario | Pensión | | | | | | | Salud | | | | | | Riesgos | | | | | Caja | | | | Parafiscales | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | | | | Código AFP | Código Tras. AFP | Tarifa AFP | IBC | Total Aporte AFP | Total Aporte FSP | Total Aporte FSPS | Código EPS | Código Tras. EPS | Tarifa EPS | IBC EPS | Aporte Salud | Aporte UPC | Código ARL | Clase Riesgo | Tarifa ARL | IBC ARL | Aporte Riesgos | Código CCF | Tarifa CCF | IBC CCF | Aporte Caja | Tarifa SENA | Aporte SENA | Tarifa ICBF | Aporte ICBF |
| | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 0 | | | $ 1.423.500 | 230301 | | 16 % | $ 1.423.500 | $ 227.800 | $ 0 | $ 0 | EPS017 | | 12.5 % | $ 1.423.500 | $ 178.000 | $ 0 | 14-11 | 1 | 0.522 % | $ 1.423.500 | $ 7.500 | NIN-CC | 0 % | $ 0 | $ 0 | 0 % | $ 0 | 0 % | $ 0 |

### IV.TOTALES

| Total Aportes Pensión | Total Aportes FSP | Total Aportes FSPS | Total Aportes Salud | Total Aportes Riesgos | Total Aportes Cajas | Total Aportes SENA | Total Aportes ICBF | Total Aportes ESAP | Total Aportes MEN | Total Final |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PORVENIR | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | FAMISANAR EPS | ARL SURA | NINGUNA CCF | SENA | ICBF | ESAP | MEN | |
| $ 227.800 | $ 0 | $ 0 | $ 178.000 | $ 7.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 413.300 |



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!

Bogotá, 05 de julio de 2025

Apreciado usuario,
Le informamos que hemos recibido satisfactoriamente su Planilla Integrada a través de PAGOSIMPLE.

A continuación relacionamos los datos de confirmación:

**Información de la empresa:**

Razón Social: INDEPENDIENTE

Documento de Identidad: CC 1012452102

Usuario: PAULA CAMARGO

Teléfono: 3112191670

Número de Planilla: 1073231529

Fecha de Recepción: 05 de julio de 2025

Periodo de Cotización: 2025-06

**Información relacionada a Pensiones**

Administradora: 230301 - PORVENIR
Número de empleados: 1
Valor: $228.600

**Información relacionada a Salud**

Administradora: EPS017 - FAMISANAR
Número de empleados: 1
Valor: $178.600

**Información relacionada a Riesgos**

Administradora: 14-11 - ARL SURA
Número de empleados: 1
Valor: $7.600

Total Pagado: $414.800

Codialmente,

SERVICIO AL CLIENTE
SIMPLE S.A.
¡Más que fácil, SIMPLE! ®
FonoSIMPLE:Teléfonos Bogotá: 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 6669 - Bucaramanga: 643 8000 - Cartagena: 694 5444 - Pereira: 340 2582 -Barranquilla: 361 88 50 - Resto del país: 018000 971 971Chat www.pagosimple.com/portal/chat;de Lunes a Viernes de 7:00 am a 7:00 pm y sábados de 8:00 am a 1:00 pm.O déjenos su mensaje en nuestro formulario de contacto en www.pagosimple.com/portal/contactenos.

Ciudad: BOGOTÁ D.C Mes: JULIO Día: 30 Año: 2025

**CUENTA DE COBRO No. 4**

**ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA**
**NIT 830.107.985-1**

**DEBE A:**

**CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS**
**APC2025 -CDIINSTUCIONAL-CON025**

**NOMBRE:** LEIDY ROCIO ALVARADO MENDEZ
**CEDULA:** 1.030.577.902
CUENTA BANCARIA: 0550488441113567 BANCO: DAVIVIENDA AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: ($300.000) TRECIENTOS MIL PESOS M/CTE.
PERIODO: **Otrosí fase implementación Julio**

**CONCEPTO: Auxiliar administrativa – CDI Contrato N. 11007002025**

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:** ($300.000) TRECIENTOS MIL PESOS M/CTE. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Lizeth katherinne Lopez Perdomo
Coordinadora
C.C 1.024.510.354

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: LEIDY ROCIO ALVARADO MENDEZ
C.C. 1.030.577902
DR. CRA 81 # 51 – 19 SUR
Telefono: 3223475695 / leidyalvarado180@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 # 11007002025**

| | |
|---|---|
| **PROGRAMA** | CDI ÁNGEL GUARDIÁN |
| **NOMBRE** | LEIDY ALVARADO |
| **CARGO** | AUXILIAR ADMINISTRATIVO |
| **PERIODO y FECHA** | JULIO |

| FASE | PAGO No | PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES | FUENTES DE VERIFICACIÓN | PORCENTAJE | FECHA DE REVISION | CUMPLE | NO CUMPLE | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ATENCION MES DE JULIO | 1 | 1) Acompañar supervisar y desarrollar pruebas organolépticas frente a los procesos de manipulación y preparación de alimentos. | 1.1 Formato de prueba organoleptica | 10% | 26-7-25 | ✓ | | |
| | | 2) Proyectar y desarrollar el diligenciamiento de formatos de componente salud y nutrición, bienestarina, refrigerios y paquetes alimentarios, según corresponda | 2.1 Control inventario<br>2.2 Unidades ejecutoras<br>2.3 Lista entrega beneficiarios | 10% | 26-7-25 | ✓ | | |
| | | 3) Liderar y capacitar para el diligenciamiento de formatos dentro de la cocina para manejo de abarrotes, temperaturas, distribución de alimentos y los demás establecidos en el manual BPM | 3.1. Formatos cocina BPM | 20% | 26-7-25 | ✓ | | |
| | | 4) Realizar proceso de selección, verificación y acompañamiento a los diferentes proveedores de alimentos. | 4.1 Solicitudes de pedidos | 10% | 26-7-25 | ✓ | | |
| | | 5) Acompañar y realizar el proceso de pedidos de los diferentes productos para la preparación de la minuta según corresponda. | 5.1. Formato pedidos | 20% | 26-7-25 | ✓ | | |
| | | 6) Mantener actualizada en físico y escáner las diferentes carpetas (proveedores, Bienestarina, procesos de desinfección, abarrotes, equipos etc.) | 6.1. Formatos en AZ y Drive | 10% | 26-7-25 | ✓ | | |
| | | 7) Verificar y hacer seguimiento al Kardex de alimentos y la bodega de los mismos | 7.1. Seguimiento carpeta Kardex | 20% | 26-7-25 | | | |
| | | | | 100% | | | | |

| | |
|---|---|
| **FIRMA CONTRATISTA** | Leidy Alvarado. |
| **NOMBRE:** | LEIDY ALVARADO |
| **C.C.** | 1030577902 |

| | |
|---|---|
| **FIRMA COORDINADORA** | |
| **NOMBRE:** | LIZETH LOPEZ |
| **C.C.** | 1024510354 |

**Ciudad: Bogotá** **Mes: junio** **Día: 30** **Año: 2025**

**CUENTA DE COBRO 4**

**ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA**
**NIT 830.107.985-1**

**DEBE A:**

**CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS**

**NOMBRE:** GREYS ALEJANDRA AMAYA LOPEZ
**CEDULA:** 52.979.572
**CUENTA BANCARIA:0550488451240235 BANCO:** DAVIVIENDA **AHORRO _X__ CORRIENTE___**
**LA SUMA DE: SEISCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y UN PESOS M/CTE ($698.341)**
**PERIODO: Fase de implementación servicio julio 2025**

**CONCEPTO: Reemplazos como Agente Educativo - CDI Contrato 11007002025**

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

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

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

**TOTAL A PAGAR DESPUES DE DESCUENTOS: SEISCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y UN PESOS M/CTE ($698.341)**
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:

Lizeth Katherinne Lopez Perdomo
Coordinadora
C.C.1.024.510.354

Aprobado por:

ANA ROCIO QUIROZ MANRIQUE
Representante legal
C.C.52.339.600

Atentamente,

Alejandra Amaya L.
GREYS ALEJANDRA AMAYA LOPEZ
Cc: 52.979.572
Dirección: Cr 80B 6-25 TORRE 7 APT 427 / correo:Aleamaya6754@gmail.com – Cel 3154107140

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

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S A

# CERTIFICADO

**BOGOTA, D.C.,** **08/04/2025**
**BOGOTA, D.C.,**
COLOMBIA,
**A quien interese**

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora GREYS ALEJANDRA AMAYA LOPEZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **52979572**

Posee en el banco Davivienda:

**CUENTA DE AHORROS DAMAS**

| | |
|---|---|
| Número | **0550488451240235** |
| Fecha de apertura | **05/03/2025** |

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

# TRANSACCIÓN APROBADA

## Comprobante de la transacción 8869649060-202507-869590

**Referencia / PIN**

8869649060

**Periodo de cotización**

202507

**Numero aprobación (CUS)**

1697914112

**Banco**

NEQUI

**Valor pagado**

$ 413.300

**Fecha de pago**

2025-08-13 08:26:25.0

**Respuesta**

¡Tu pago ha sido aprobado!

Descargar Comprobante

NUEVO PAGO

# PAGOSIMPLE | Prefactura

**Fecha creación reporte:** 2025-08-13, 08 26 26 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES

**Periodo Cotización:** agosto de 2025 **Periodo Servicio:** agosto de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8869649060

**Fecha limite de pago:** 2025-09-16

**GUARDADA 13/08/2025**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Razón Social** | GREYS ALEJANDRA AMAYA LOPEZ | | | | |
| **Documento** | CC52979572 | **Dirección** | CR 80B #6 - 25 APT427 T7 TECHOII | | |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3154107140 | | |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO | **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 AFP | 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 |
| CC 52979572 | AMAYA LOPEZ GREYS ALEJANDRA | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | COLFONDOS | $ 1,423,500 | $ 227,800 | EPS SANITAS | $ 1,423,500 | $ 178,000 | ARL SURA | $ 1,423,500 | $ 7,500 | N. NGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 413,300 |

## III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes FSP | Aportes FSS | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE | TOTAL INTERESES | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 1,423,500 | $ 1,423,500 | $ 1,423,500 | $ 0 | $ 227,800 | $ 0 | $ 0 | $ 178,000 | $ 7,500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 413,300 | $ 0 | $ 413,300 |

## IV.INFORMACION

| Día hábil de pago sin mora |
|---|
| 12 |

Periodo cotización salud

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

Centro de Servicios Cafam - Supermercados Colsubsidio

8888696490600000000991231

Mibanco - Corresponsables AKI - Supermercados Comfandi - Almacenes Grupo Éxito

(415)7709998485884(8020)8869649060(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!