ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1
PROGRAMA EIH KENNEDY
CONTRATO 11007062025

TALENTO HUMANO

FASE DE ATENCION

ABRIL 2025

CONTRATO

EIH

KENNEDY

11007062025

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

Eih Kennedy

Talento Humano Contrato 11007062025

Mes Abril 2025 Fase De Atencion

PROVEEDOR	TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN PROVEEDOR	CARGO	SOPORTE	DESCRIPCION SOPORTE	COMPROBANTE DE EGRESO	RUBRO	VALOR TOTAL EJECUTADO	RETE ICA 9.66%	VALOR TOTAL PAGADO
Emilce Rojas Aguilar	Cc	52.278.676	Coordinadora	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 4.416.136	$ 42.660	$ 4.373.476
Ana Maria Barragan León	Cc	1.030.572.403	Agente Educativo Perfil 1	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.670.988	$ 25.802	$ 2.645.186
Liliana Patricia Peña Salcedo	Cc	52.974.510	Agente Educativo Perfil 1	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.670.988	$ 25.802	$ 2.645.186
Luz Nidia Perez Velasquez	Cc	52.463.180	Agente Educativo Perfil 1	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.670.988	$ 25.802	$ 2.645.186
Martha Elizabeth Paez Alarcon	Cc	1.032.359.119	Agente Educativo Perfil 1	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.670.988	$ 25.802	$ 2.645.186
Naciris Maria Gutierrez Galvan	Cc	1.030.584.449	Agente Educativo Perfil 1	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.670.988	$ 25.802	$ 2.645.186
Shirley Paola Vanegas Prada	Cc	52.769.729	Agente Educativa Perfil 1	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.670.988	$ 25.802	$ 2.645.186
Veidy Yurany Daza Salgado	Cc	52.973.254	Agente Educativo Perfil 1	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.670.988	$ 25.802	$ 2.645.186
Gina Paola Martinez Castro	Cc	52.978.862	Profesional Psicosocial	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.670.988	$ 25.802	$ 2.645.186
Yuri Alexandra Garcia Avila	Cc	1.032.378.513	Profesional Psicosocial	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 3.561.317	$ 34.402	$ 3.526.915
Johanna Andrea Contreras Marin	Cc	53.077.091	Nutricionista	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 3.561.317	$ 34.402	$ 3.526.915
Judith Patricia Reina Soto	Cc	44.160.991	Nutricionista	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.670.988	$ 25.802	$ 2.645.186
Jenifer Contreras Yate	Cc	1.030.602.668	Apoyo Pedagogico	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.417.697	$ 23.355	$ 2.394.342
Karenth Jeanneth Junco	Cc	52.932.713	Apoyo Pedagogico	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.417.697	$ 23.355	$ 2.394.342
Martha Cecilia Garzon	Cc	51.930.289	Apoyo Pedagogico	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.417.697	$ 23.355	$ 2.394.342
Luz Amparo Florez Castro	Cc	1.010.201.231	Apoyo Pedagogico	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.417.697	$ 23.355	$ 2.394.342
Luz Herminda Cadena Avendaño	Cc	1.033.676.702	Apoyo Pedagogico	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.417.697	$ 23.355	$ 2.394.342
Sooner Susana Chaves Rodriguez	Cc	52.847.653	Apoyo Pedagogico	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.417.697	$ 23.355	$ 2.394.342
Yuliana Marleidy Mendoza Cipagauta	Cc	1.031.151.214	Apoyo Pedagogico	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.417.697	$ 23.355	$ 2.394.342
Carlos Lugo Gomez	Cc	1.023.963.411	Auxiliar Administrativo	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.417.697	$ 23.355	$ 2.394.342
Maryory Johanna Mayoral Cerquera	Cc	52.517.201	Coordinadora	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 3.785.260	$ 36.566	$ 3.748.694
Ana Jazmin Becerra Gallo	Cc	52.931.661	Agente Educativa Perfil 1	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.670.988	$ 25.802	$ 2.645.186
Angela Liliana Caro Pulido	Cc	52.750.469	Agente Educativa Perfil 1	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.670.988	$ 25.802	$ 2.645.186
Angie Tatiana Cantor Sequeda	Cc	1.024.565.233	Agente Educativo Perfil 1	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.670.988	$ 25.802	$ 2.645.186
Joselito Rodriguez Galeano	Cc	1.116.916.542	Agente Educativa Perfil 1	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.670.988	$ 25.802	$ 2.645.186
Sandra Yackeline Pinzon Salcedo	Cc	1.030.549.541	Agente Educativa Perfil 1	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.670.988	$ 25.802	$ 2.645.186
Yamile Constanza Moreno Mendoza	Cc	52.831.344	Agente Educativa Perfil 1	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.670.988	$ 25.802	$ 2.645.186
Diana Katherin Conde Valencia	Cc	1.030.661.794	Profesional Psicosocial	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.670.988	$ 25.802	$ 2.645.186
Kelly Jeane Garcia Jimenez	Cc	53.050.406	Profesional Psicosocial	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.670.988	$ 25.802	$ 2.645.186
Laura Sofia Alarcon Arbelaez	Cc	1.000.794.222	Nutricionista	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.670.988	$ 25.802	$ 2.645.186
Nataly Sarmiento Suarez	Cc	1.031.139.309	Nutricionista	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.670.988	$ 25.802	$ 2.645.186
Angie Tatiana Muñoz Cardenas	Cc	1.020.786.376	Apoyo Pedagogico	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.417.697	$ 23.355	$ 2.394.342
Anyela Patricia Velasquez Gutierrez	Cc	52.792.170	Apoyo Pedagogico	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.417.697	$ 23.355	$ 2.394.342
Luz Marina Diaz Corredor	Cc	51.746.897	Apoyo Pedagogico	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.417.697	$ 23.355	$ 2.394.342
Mayerly Andrea Gomez Suarez	Cc	1.030.555.808	Apoyo Pedagogico	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.417.697	$ 23.355	$ 2.394.342
Nicol Alejandra Barrero Vasquez	Cc	1.233.489.641	Apoyo Pedagogico	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.417.697	$ 23.355	$ 2.394.342
Yulieth Natalia Muñoz Zamora	Cc	1.032.492.656	Apoyo Pedagogico	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.417.697	$ 23.355	$ 2.394.342
Luz Adriana Rocha Almanza	Cc	1.098.619.826	Auxiliar Administrativo	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.820.246	$ 27.244	$ 2.793.002
TOTAL								$ 102.740.806	$ 992.476	$ 101.748.330

PRESUPUESTO	$ 102.742.250
DIFERENCIA	$ 1.444

DAVIVIENDA

Bienvenido: Señor(a) ANA ROCIO QUIROZ MANRIQUE
NIT 8301079851 - ASOCIACION PROFESIONALES DE CO LOMBIA

miércoles 14 de mayo de 2025

Comprobante de Transferencia

La transacción ha sido realizada con éxito

Datos de la transferencia	
Fecha de proceso:	30/04/2025
Hora de proceso:	13:47
Origen de los Fondos	
Nombre Empresa:	ASOCIACION PROFESIONALES DE CO LOMBIA
Tipo de producto origen:	Cuenta de Ahorros
Número de producto origen:	XXXXXXXXXXX1541
Destino de los Fondos	
Tipo de producto destino:	Cuenta de Ahorros
Número de producto destino:	XXXXXXXXXXX6671
Detalle de la transferencia:	NOMINA ADMINISTRATIVOS
Valor:	$ 5.238.350,00
Referencia:	7500000000000001
Código Egreso:	750
Rubro Presupuestal - Tipo Servicio:	0000000000001
Resultado de la Transferencia	
Estado de la transferencia:	Transferencia Exitosa
Número de aprobación:	395508790
Fecha y Hora de Pago:	30/04/2025 14:01

Transacción sujeta a verificación

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial

DAVIVIENDA

Bienvenido: Señor(a) ANA ROCIO QUIROZ MANRIQUE
NIT 8301079851 - ASOCIACION PROFESIONALES DE CO LOMBIA

miércoles 14 de mayo de 2025

Comprobante de Transferencia

La transacción ha sido realizada con éxito

Datos de la transferencia	
Fecha de proceso:	30/04/2025
Hora de proceso:	13:46
Origen de los Fondos	
Nombre Empresa:	ASOCIACION PROFESIONALES DE CO LOMBIA
Tipo de producto origen:	Cuenta de Ahorros
Número de producto origen:	XXXXXXXXXXX1541
Destino de los Fondos	
Tipo de producto destino:	Cuenta de Ahorros
Número de producto destino:	XXXXXXXXXXX6671
Detalle de la transferencia:	NOMINA PSICOSOCIALES
Valor:	$ 11.574.550,00
Referencia:	7500000000000001
Código Egreso:	750
Rubro Presupuestal - Tipo Servicio:	0000000000001
Resultado de la Transferencia	
Estado de la transferencia:	Transferencia Exitosa
Número de aprobación:	395508428
Fecha y Hora de Pago:	30/04/2025 14:01

Transacción sujeta a verificación

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial

DAVIVIENDA

Bienvenido: Señor(a) ANA ROCIO QUIROZ MANRIQUE
NIT 8301079851 - ASOCIACION PROFESIONALES DE CO LOMBIA

miércoles 14 de mayo de 2025

Comprobante de Transferencia

La transacción ha sido realizada con éxito

Datos de la transferencia	
Fecha de proceso:	30/04/2025
Hora de proceso:	13:47
Origen de los Fondos	
Nombre Empresa:	ASOCIACION PROFESIONALES DE CO LOMBIA
Tipo de producto origen:	Cuenta de Ahorros
Número de producto origen:	XXXXXXXXXXX1541
Destino de los Fondos	
Tipo de producto destino:	Cuenta de Ahorros
Número de producto destino:	XXXXXXXXXXX6671
Detalle de la transferencia:	NOMINA NUTRICIONISTAS
Valor:	$ 11.574.550,00
Referencia:	7500000000000001
Código Egreso:	750
Rubro Presupuestal - Tipo Servicio:	0000000000001
Resultado de la Transferencia	
Estado de la transferencia:	Transferencia Exitosa
Número de aprobación:	395508437
Fecha y Hora de Pago:	30/04/2025 14:01

Transacción sujeta a verificación

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial

DAVIVIENDA

Bienvenido: Señor(a) ANA ROCIO QUIROZ MANRIQUE
NIT 8301079851 - ASOCIACION PROFESIONALES DE CO LOMBIA

miércoles 14 de mayo de 2025

Comprobante de Transferencia

La transacción ha sido realizada con éxito

Datos de la transferencia	
Fecha de proceso:	30/04/2025
Hora de proceso:	13:45
Origen de los Fondos	
Nombre Empresa:	ASOCIACION PROFESIONALES DE CO LOMBIA
Tipo de producto origen:	Cuenta de Ahorros
Número de producto origen:	XXXXXXXXXXX1541
Destino de los Fondos	
Tipo de producto destino:	Cuenta de Ahorros
Número de producto destino:	XXXXXXXXXXX6671
Detalle de la transferencia:	NOMINA AUXILIAR PEDAGOGI
Valor:	$ 31.430.100,00
Referencia:	7500000000000001
Código Egreso:	750
Rubro Presupuestal - Tipo Servicio:	0000000000001
Resultado de la Transferencia	
Estado de la transferencia:	Transferencia Exitosa
Número de aprobación:	395508237
Fecha y Hora de Pago:	30/04/2025 14:01

Transacción sujeta a verificación

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial

DAVIVIENDA

Bienvenido: Señor(a) ANA ROCIO QUIROZ MANRIQUE
NIT 8301079851 - ASOCIACION PROFESIONALES DE CO LOMBIA

miércoles 14 de mayo de 2025

Comprobante de Transferencia

La transacción ha sido realizada con éxito

Datos de la transferencia	
Fecha de proceso:	30/04/2025
Hora de proceso:	13:44
Origen de los Fondos	
Nombre Empresa:	ASOCIACION PROFESIONALES DE CO LOMBIA
Tipo de producto origen:	Cuenta de Ahorros
Número de producto origen:	XXXXXXXXXXXX1541
Destino de los Fondos	
Tipo de producto destino:	Cuenta de Ahorros
Número de producto destino:	XXXXXXXXXXXX6671
Detalle de la transferencia:	NOMINA DOCENTES
Valor:	$ 34.723.000,00
Referencia:	7500000000000001
Código Egreso:	750
Rubro Presupuestal - Tipo Servicio:	0000000000001
Resultado de la Transferencia	
Estado de la transferencia:	Transferencia Exitosa
Número de aprobación:	395508031
Fecha y Hora de Pago:	30/04/2025 14:01

Transacción sujeta a verificación

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial

DAVIVIENDA

Bienvenido: Señor(a) ANA ROCIO QUIROZ MANRIQUE
NIT 8301079851 - ASOCIACION PROFESIONALES DE CO LOMBIA

miércoles 14 de mayo de 2025

Comprobante de Transferencia

La transacción ha sido realizada con éxito

Datos de la transferencia	
Fecha de proceso:	30/04/2025
Hora de proceso:	13:37
Origen de los Fondos	
Nombre Empresa:	ASOCIACION PROFESIONALES DE CO LOMBIA
Tipo de producto origen:	Cuenta de Ahorros
Número de producto origen:	XXXXXXXXXXXX1541
Destino de los Fondos	
Tipo de producto destino:	Cuenta de Ahorros
Número de producto destino:	XXXXXXXXXXXX6671
Detalle de la transferencia:	NOMINA COORDINADORAS
Valor:	$ 8.201.700,00
Referencia:	7500000000000001
Código Egreso:	750
Rubro Presupuestal - Tipo Servicio:	0000000000001
Resultado de la Transferencia	
Estado de la transferencia:	Transferencia Exitosa
Número de aprobación:	395508026
Fecha y Hora de Pago:	30/04/2025 14:01

Transacción sujeta a verificación

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial

Ciudad: BOGOTÁ D.C Mes: ABRIL 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-EIH-CON046

NOMBRE: EMILCE ROJAS AGUILAR
CEDULA: 52.278.676
CUENTA BANCARIA: 3213231356 BANCO: DAVIPLATA AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: ($4.416.136) CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS DIECISEIS MIL CIENTO TREINTA Y SEIS PESOS M/CTE.
PERIODO: **Fase Atención Abril 2025**

CONCEPTO: Coordinadora – EIH Kennedy Gestando Futuro Gran Britalia-Gestando Futuro Triunfadoras - del contrato N.11007062025. 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: ($4.416.136) CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS DIECISEIS MIL CIENTO TREINTA 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 Moreno Vargas
Coordinadora
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
DR. Cra 73 d 35C17 sur
Teléfono: 32132313565 / emilcerojasts@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 # 11007062025

PROGRAMA	EIH GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	Emilce Rojas
CARGO	COORDINADOR
PERIODO y FECHA	ABRIL

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	3	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) 1.2. Organización Drive x Unidad con los estándares del Contractual y cargar los soportes Existentes. 1.3 Formato f8 Acciones 1.4 Formato Word, Seguimiento y monitoreo Duplas (Máximo 1 hoja), libre construcción	20%	Abril			
		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%	Abril			
		3. Organizar, Monitorear e informar las especificaciones de la cobertura y población a atender	3.1 Formato Certificación de Cobertura 3.2 Formato población Migrante 3.3 Formato Desplazados 3.4. Formato Metas Sociales	10%	Abril			
		4. Novedades de Ingresos y egresos Durante el mes de Abril	4.1 Formato de Novedades de la UDS, _____ Casos, junto con sus soportes	5%	Abril			
		5,. Monitorear el cumplimiento Cuentame al 100% Mensual Nota aclaratoria: No se puede egresar participantes de Abril sin la toma de talla y peso.	5.1. Cargue de :Participantes Nuevos _____de la UDS delegada 100% 5.2. Cargue del 100% Nutricional, participantes Nuevos _____ 5.3 Actualización de Talento Humano Nuevo 5.5. Cargue de Formación al 100%, (4 formaciones por persona)	5%	Abril			
		6. Organizar, Monitorear y acompañar: * Entrega de RPP * Entrega de Refrigerios *Acompañar y apoyar la entrega de RPP	6.1. Formatos RPP - 18 Listados en total_ 3 por AE (Traer los físicos para verificar _ organizados en una AZ legajados por unidad) 6.2 Formatos de Refrigerio - 72 listados en total _12 por AE (Traer los físicos para verificar_organizados en una AZ legajados por unidad)	15%	Abril			
		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 AE (Traer los físicos para verificar organizados en una AZ legajados por unidad)	15%	Abril			
		8. Construcción de la nómina recepcion y verificación de la documentación para formalización.	8.1. Formato de nómina en excell.REVISAR Y VERIFICAR LA NOMINA 8.2. Chek list de nómina por cargo (100% de los soportes relacionados) de la UDS asignada. 8.3. Certificación de cumplimiento. de las 18 Personas del equipo. (Verificación Técnica)	10%	Abril			
		9.Monitorear y acompañar el proceso de Inventarios 2025	9.1.Realizar la consolidación de los inventarios en el excell correspondiente, de lo recibido , verificando lo que esta en la sede resaltandolo en un color por sede e incluyendolo en el excel . Para el mes de febrero: 9.2. Inventario de equipos Audiovisuales y Elementos entregados por APC	5%	Abril			
		10. Avances SIGE	10.1 Organización Carpetas físicas y digitales por unidad 10.2 Incluir los doc de avances de acuerdo a los estandares	10%	Abril			
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Emilce R
NOMBRE:	Emilce Rojas
C.C.	52278070

FIRMA COORDINADORA	Tiana Moreno
NOMBRE:	Tiana Moreno
C.C.	52.307.430

13:06 41%

PSE Transacción Aprobada - CUS 1402123447

Recibidos

serviciopse@a... 10 abr.

para mí

Traducir al español



¡Hola, emilce rojas aguilar!

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

Estado de la Transacción: Aprobada
CUS: 1402123447
Empresa: COMPENSAR-01
Descripcion: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Valor de la Transacción: $ 512.800
Fecha de Transacción: 10/04/2025

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.

Responder

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52278676	EMILCE ROJAS AGUILAR		KR 72 H 38 BIS 65 SUR	3213231356	EMILCEROJASTS@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D.C.	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	
2025-03	2025-03	I	10/04/2025	84841905	$512.800	

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	220.800	0		0		0	0	0	0	220.800	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	282.700	0	0	0	0	0	0		282.700	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	800903790-5	9.300				9.300	0	0	9.300			93	9.300	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	220.800	220.800
Pensión	1	282.700	282.700
Riesgos Laborales	1	9.300	9.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	512.800	512.800

PAGADA

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

Powered by CamScanner

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52278676	EMILCE ROJAS AGUILAR		KR 72 H 38 BIS 65 SUR	3213231356	EMILCEROJASTS@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	
2025-03	2025-03	I	10/04/2025	84841905	$512.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Dependiente	Estudiante	Aprendiz	Cotiz. voluntar	Extranjero	IRP	IGE I	TDE	TAE	TDP	TAP	PEP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COMPLEMENTACIÓN	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	52278676	ROJAS AGUILAR EMILCE	59	0			N																	230301	1.766.400	282.700	0	0	0	0	EPS038	1.766.400	220.800	14-11	1.766.400	1	9.300		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Powered by CamScanner

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

CUENTA DE COBRO No. 3

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
APC2025-EIH-CON051

NOMBRE: ANA MARIA BARRAGAN LEON
CEDULA: 1.030.572.403
CUENTA BANCARIA: 3193927207 BANCO: DAVIPLATA AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: ($2.670.988) DOS MILLONES SEISCIENTOS SETENTA MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS M/CTE.
PERIODO: **Fase de Atención Abril 2025**

CONCEPTO: Agente Educativa – EIH Kennedy Gestando Futuro Gran Britalia- del contrato N. 11007062025. 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 ($2.670.988) DOS MILLONES SEISCIENTOS SETENTA MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS M/CTE. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Emilce Rojas Aguilar
Coordinadora
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
DR. CL 40 sur No 78 M 27
Telefono: 3219905315 / abarraganleon@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 # 11007062025

PROGRAMA	EIH GESTANDO FUTURO
NOMBRE	Ana Maria Borragon L
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	ABRIL

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	2	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones c familias mediante encuentros grupales	1.1 Planeación Grupal, minimo de dos encuentros durante el mes (Formato ICBF), "con las cuatro planeaciones de las áreas corespondientes" 1.2 Intensionalidad y planeaciones con un hilo conductor.	20%	Abril	OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (EIH)	2.1. Planeación Encuentro en el hogar (1 por cada participant 2.2 Cronograma de Visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente. 2.3 Intensionalidad y planeaciones con un hilo conductor.	20%	Abril	OK		Puerperio
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentación requerida tanto en fisico com en drive (50)	3.1 Seguimiento mediante la **lista de chequeo** de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Acomodación de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalización de cada uno de los documentos de los participantes del GA _ 3.4 Archivo Fisico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas)	15%	Abril	OK		
		4 Informar Ingresos y egresos al administrativo y edición de datos correspondientes al mes de abril deben ser informados y reportados a más tardar el 14 de abril.	4.1 Formato de ingresos y egresos 10 en el mes ABRIL 4.4. Organización de las carpetas en digital (El manejo sujeto a dinamicas internas bajo acta)	10%	Abril	OK		
		5 Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios,Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.	5.1 Formato Ram 5.2 Refrigerios 5.3 Formato RPP 5.4 Fotografias y registro fílmico uno a uno de la entrega de RPP - en power Point 5.5 Formato de Bienestarina Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni enmendaduras	10%	Abril	OK		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento	6.1 Formato de novedades por grupo de atención . (El manejo sujeto a dinamicas internas bajo acta)	10%	Abril	OK		
		7. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faciliten el ejercicio pedagógico y sean acordes a la intencionalidades de la UDS	7.1 **Ambientación de espacios físicos** de la UDS que se sean asignados(JUEGOS NO ESTRUCTURADOS). Según sea estipulado en el salón comunal 7.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 7.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación. 7.4 Asistir a la jornada de cualificación a talento humano y reflexion pedagogica.	15%	Abril	OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Ana María Borragón L
NOMBRE:	Ana María Borragón L
C.C.	1.030.592.403

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Emilce
C.C.	52278676

VoBo

Banco de Bogotá

Comprobante de compra y pagos virtuales PSE

Pago exitoso

Número de autorización 904202

Miércoles, 2 de abril de 2025, 8:49:44 p. m.

Detalle

$413.800
Valor Pagado

IVA incluído:	$0
Pago a:	APORTES EN LINEA
Débito desde:	Cuenta de Ahorros *3964
Descripción:	Pago de la Planilla de aportes con clave: 9483472813
Fecha y hora inicio transacción	2025-04-02 20:47:18
NIT del comercio	9999001472382
Número de factura	9483472813
Código Único de Seguimiento	1383542641
Dirección IP:	186.31.77.252
Referencia 1:	186.31.77.252
Referencia 2:	CC
Referencia 3:	1030572403

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-03	2025-03	1383542641	9483472813	I	2025/04/02	2025/04/03	BANCO DE BOGOTA	1	$413,800

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)					$1,423,500	$227,800				$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800				$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800				$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
1	CC 1030572403	BARRAGAN ANA	230201	30	$1,423,500	$227,800		EPS005	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,423,500	$7,500	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,423,500	$227,800				$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-03	2025-03	1383542641	9483472813	I	2025/04/02	2025/04/03	BANCO DE BOGOTA	1	$413,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$200	$0	$228,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$227,800	$200	$0	$228,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,500	$100	$0	$7,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$7,500	$100	$0	$7,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$200	$0	$178,200
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$178,000	$200	$0	$178,200
TOTAL				**1**	**$413,300**	**$500**	**$0**	**$413,800**

Ciudad: BOGOTÁ D.C **Mes: ABRIL** **Día: 30** **Año: 2025**

CUENTA DE COBRO No. 3

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
APC2025-EIH-CON055

NOMBRE: LILIANA PATRICIA PEÑA SALCEDO
CEDULA: 52.974.510
CUENTA BANCARIA:3202428895 **BANCO:** DAVIPLATA **AHORRO** _X_ **CORRIENTE** ___
LA SUMA DE: ($2'670.988) DOS MILLONES SEISCIENTOS SETENTA MIL NOVECENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS M/CTE.
PERIODO: Fase Atención Abril 2025

CONCEPTO: Agente educativa perfil 1 – EIH Kennedy Gestando Futuro Gran Britalia contrato N. 11007062025. 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: ($2'670.988) DOS MILLONES SEISCIENTOS SETENTA MIL NOVECENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS M/CTE.. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Emilce Rojas Aguilar
Coordinadora
C.C. 52.278.676

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: Liliana patricia Peña Salcedo
C.C. 52.974.510
Correo:
lilixtrem10@hotmail.com
Dirección: Carrera 88 # 6 A90
Teléfono: 320 2428895

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

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO POR CARGO
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
CTO # 11007062025

PROGRAMA	EIH GESTANDO FUTURO
NOMBRE	JILIANA PEÑA.
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	ABRIL

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	2	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales	1.1 Planeación Grupal, mínimo de dos encuentros,durante el mes (Formato ICBF), "con las cuatro planeaciones de las áreas corespondientes" 1.2.Intensionalidad y planeaciones con un hilo conductor.	20%	Abril.			
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (EIH)	2.1. Planeación Encuentro en el hogar (1 por cada participante) 2.2 Cronograma de Visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 44 encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atención correspondiente. 2.3.Intensionalidad y planeaciones con un hilo conductor.	20%	Abril			44 visitas
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentación requerida tanto en físico como en drive (50)	3.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Acomodación de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalización de cada uno de los documentos de los participantes del GA _ 3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas)	15%	Abril			
		4.Informar Ingresos y egresos al administrativo y edición de datos correspondientes al mes de abril deben ser informados y reportados a más tardar el 14 de abril.	4.1 Formato de ingresos y egresos 9 en el mes ABRIL 4.4. Organización de las carpetas en digital (El manejo sujeto a dinamicas internas bajo acta)	10%	Abril			
		5.Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios,Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.	5.1 Formato Ram 5.2 Refrigerios 5.3 Formato RPP 5.4 Fotografías y registro fílmico uno a uno de la entrega de RPP - en power Point 5.5 Formato de Bienestarina Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni enmendaduras	10%	Abril			
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento	6.1 Formato de novedades por grupo de atención . (El manejo sujeto a dinamicas internas bajo acta)	10%	Abril.			
		7. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faciliten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS.	7.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS que se sean asignados(JUEGOS NO ESTRUCTURADOS). Según sea estipulado en el salón comunal 7.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 7.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación. 7.4 Asistir a la jornada de cualificación a talento humano y reflexion pedagogica.	15%	Abril.			
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Jiliana peña.
NOMBRE:	Jiliana peña
C.C.	52.974.510

FIRMA COORDINADORA	Emilce B
NOMBRE:	Emilce Reyes
C.C.	52.786.910

aportes en línea

Comprobante Liquidación

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon social	Clase Aportante	Sucursal principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 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
2025-03	2025-03	1406751493	9483511724	I	2025/04/03	2025/04/14	NEQUI	11	$416,400

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	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500			$0	$0		$413,300
Centro de trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500			$0	$0		$413,300
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500			$0	$0		$413,300
1	CC	52974510	PEÑA LILIANA																		230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,423,500	$7,500	0	$0	$0	No	$413,300
Total Afiliados (1)																						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500			$0	$0		$413,300

RESUMEN DE PAGO							
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$1,700	$0	$229,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$227,800	$1,700	$0	$229,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,500	$100	$0	$7,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$7,500	$100	$0	$7,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$1,300	$0	$179,300
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$178,000	$1,300	$0	$179,300
TOTAL				1	$413,300	$3,100	$0	$416,400

aportes en línea

Comprobante Liquidación

Datos Generales del Aportante

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Correo Electrónico	Ciudad-Departamento	Celular
CC 52974510		PEÑA SALCEDO LILIANA PATRICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	lilixtrem10@gmail.com	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3202428895

Clave: 9483511724

Pague hasta	Días de Mora	Valor Mora	Total a Pagar
2025/04/11	8	$2,300	$415,600
2025/04/14	11	$3,100	$416,400
2025/04/15	12	$3,300	$416,600
2025/04/16	13	$3,600	$416,900
2025/04/21	18	$4,900	$418,200
2025/04/22	19	$5,100	$418,400
2025/04/23	20	$5,400	$418,700
2025/04/24	21	$5,800	$419,100
2025/04/25	22	$6,100	$419,400
2025/04/28	25	$6,800	$420,100

Periodo Pensión: 2025-03 **Periodo Salud: 2025-03**

Riesgo	Administradoras	Afiliados	Total a Pagar
AFP	1	1	$229,500
PORVENIR		1	$229,500
ARL	1	1	$7,600
ARL SURA		1	$7,600
EPS	1	1	$179,300
SANITAS		1	$179,300
SUBTOTAL			$416,400
COMISION OPERADOR			$0
IVA			$0
TOTAL			$416,400

Canales de Pago

BANCARIOS

Banco AV Villas

Banco de Occidente Credencial

Banco de Bogotá

NO BANCARIOS

Puntos autorizados de la red Via
Monto máximo por transacción $1.000.000

Cajas registradoras de los almacenes
Monto máximo por transacción $9.999.999

Resumen de pago

Descripción de compra
Pago de la Planilla de aportes con clave\
9483511724

Estado de la solicitud
Transacción aprobada

Tienda
APORTES EN LINEA

Fecha de solicitud
12 de abril de 2025

CUS
1406751493

Referencia Nequi
M7481047

¿Cuánto?
$ 416.400,00

Valor de los impuestos
$ 0,00

Número de referencia 1
181.53.96.66

Número de referencia 2
CC

Número de referencia 3
52974510 ✓

Factura de comercio
9483511724 ✓

Tu plata salió de:

 Disponible

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

CUENTA DE COBRO No. 2

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
APC2025-EIH-CON064

NOMBRE: LUZ NIDIA PEREZ VELASQUEZ
CEDULA: 52.463.180
CUENTA BANCARIA: 3124248441 BANCO: DAVIPLATA AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: ($2.670.988) DOS MILLONES SEISCIENTOS SETENTA MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS M/CTE.
PERIODO: **Fase Atención Abril 2025**

CONCEPTO: Agente Educativa Perfil 1 – EIH Kennedy Gestando Futuro Gran Britalia - del contrato N.11007062025. 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: ($2.670.988) DOS MILLONES SEISCIENTOS SETENTA MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS M/CTE Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Emilce Rojas Aguilar
Coordinadora
C.C. 52.278.676

Aprobado por:

Ana Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Nidia Perez

NOMBRE: LUZ NIDIA PEREZ VELASQUEZ
C.C. 52.463.180
DR. Tras 78b 46-26 sur
Cel. 3124248441 nidia.perezvelasquez@gmail.com
NOTA: Se debe anexar planilla de pago de los Aportes a Salud, Pensión y ARL, del mes vencido y productos del mes según certificación de cumplimiento.

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO POR CARGO
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
CTO # 11007062025

PROGRAMA	EIH GESTANDO FUTURO
NOMBRE	Nidia Perez
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	ABRIL

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	2	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales	1.1 Planeación Grupal, minimo de dos encuentros,durante el mes (Formato ICBF), "con las cuatro planeaciones de las áreas corespondientes" 1.2.Intensionalidad y planeaciones con un hilo conductor.	20%	Abril	✓		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (EIH)	2.1. Planeación Encuentro en el hogar (1 por cada participante) . 2.2 Cronograma de Visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 AR encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente. 2.3.Intensionalidad y planeaciones con un hilo conductor.	20%	Abril	✓		Prosperos
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentación requerida tanto en físico como en drive (50)	3.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Acomodación de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalización de cada uno de los documentos de los participantes del GA _ 3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas)	15%	Abril	✓		
		4.Informar Ingresos y egresos al administrativo y edición de datos correspondientes al mes de marzo deben ser informados y reportados a más tardar el 14 de marzo.	4.1 Formato de ingresos y egresos 6 en el mes ABRIL 4.4. Organización de las carpetas en digital (El manejo sujeto a dinamicas internas bajo acta)	10%	Abril	✓		
		5.Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios,Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras	5.1 Formato Ram 5.2 Refrigerios 5.3 Formato RPP 5.4 Fotografías y registro fílmico uno a uno de la entrega de RPP en power Point 5.5 Formato de Bienestarina Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni enmendaduras	10%	Abril	✓		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento	6.1 Formato de novedades por grupo de atención . (El manejo sujeto a dinamicas internas bajo acta)	10%	Abril	✓		
		7. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faciliten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	7.1 **Ambientación de espacios físicos** de la UDS que se sean asignados(JUEGOS NO ESTRUCTURADOS). Según sea estipulado en el salón comunal 7.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 7.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación. 7.4 Asistir a la jornada de cualificación a talento humano y reflexion pedagogica.	15%	Abril	✓		
			TOTAL	100%				

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

FIRMA COORDINADORA	Emilce
NOMBRE:	Emilce Pages
C.C.	52279869

V°B°
EMMU

ABR 11 2025 14:42:29 REMDES10.5

CORRESPONSAL
MASIVOS PREMIUM JAQUEL
CR 77Y 47A 10 SUR

BANCO DE BOGOTA

C.UNICO: 00187[illegible]034 TER: A[illegible]Z896
V.ELECTRON Cc
**7826 RECIBO: 015285 RRN: 025714
RECAUDO APRO: 419433

SERVICIO: 0000001506
FACTURA: 0000000094845838[illegible]

** PAGO FACTURA **
TRANSACCION EXITOSA

RECAUDO $ 289.400

*** CLIENTE ***
[illegible] INFORMACION EN LA LINEA
NACIONAL: 01 8000518877

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52463180		PEREZ VELASQUEZ LUZ NIDIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	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
2025-03	2025-03	1000001269	9484583893	I	2025/04/21	2025/04/11	BANCO DE BOGOTA	0	$289,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$996,450	$159,500			$996,450	$124,600			$0	$0			$996,450	$5,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$996,450	$159,500			$996,450	$124,600			$0	$0			$996,450	$5,300		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$996,450	$159,500			$996,450	$124,600			$0	$0			$996,450	$5,300		$0	$0
1	CC 52463180	PEREZ LUZ	230301	21	$996,450	$159,500	EPS008	21	$996,450	$124,600		0	$0	$0	14-11	21	$996,450	$5,300	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$996,450	$159,500			$996,450	$124,600			$0	$0			$996,450	$5,300		$0	$0

2025/04/11 03:09 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 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
2025-03	2025-03	1000001269	9484583893	I	2025/04/21	2025/04/11	BANCO DE BOGOTA	0	$289,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$159,500	$0	$0	$159,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$159,500	$0	$0	$159,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$5,300	$0	$0	$5,300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$5,300	$0	$0	$5,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$124,600	$0	$0	$124,600
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$124,600	$0	$0	$124,600
TOTAL				1	$289,400	$0	$0	$289,400

2025/04/11 03:09 PM

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

CUENTA DE COBRO No. 3

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
APC2025-EIH-CON059

NOMBRE: MARTHA ELIZABETH PAEZ ALARCON
CEDULA: 1.032.359.119
CUENTA BANCARIA: 0570478970073662 BANCO: DAVIVIENDA AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: ($2.670.988) DOS MILLONES SEISCIENTOS SETENTA MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS M/CTE.
PERIODO: **Fase Atención Abril 2025**

CONCEPTO: Agente Educativa – EIH Kennedy Gestando Futuro Triunfadoras - del contrato N.11007062025, 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: ($2.670.988) DOS MILLONES SEISCIENTOS SETENTA MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS M/CTE. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Emilce Rojas Aguilar
Coordinadora
C.C. 52.278.676

Aprobado por:

Ana Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: MARTHA ELIZABETH PAEZ ALARCON
C.C. 1.032.359.119
DR. Carrera 79f #14-45
Telefono: 3223337617 / 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
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
CTO # 11007062025

PROGRAMA	EIH GESTANDO FUTURO
NOMBRE	MARTHA ELIZABETH PAEZ MARCON
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	ABRIL

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCIÓN	2	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales	1.1 Planeación Grupal, mínimo de dos encuentros,durante el mes (Formato ICBF), "con las cuatro planeaciones de las áreas corespondientes" 1.2.Intensionalidad y planeaciones con un hilo conductor.	20%	Abril 25	OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (EIH)	2.1. Planeación Encuentro en el hogar (1 por cada participante) . 2.2 Cronograma de Visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente. 2.3.Intensionalidad y planeaciones con un hilo conductor.	20%	Abril 25	OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentación requerida tanto en físico como en drive (50)	3.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Acomodación de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalización de cada uno de los documentos de los participantes del GA 3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas)	15%	Abril 25	OK		
		4.Informar Ingresos y egresos al administrativo y edición de datos correspondientes al mes de abril deben ser informados y reportados a más tardar el 14 de abril.	4.1 Formato de ingresos y egresos 3 en el mes ABRIL 4.4. Organización de las carpetas en digital (El manejo sujeto a dinamicas internas bajo acta)	10%	Abril 25	OK		
		5.Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios,Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras	5.1 Formato Ram 5.2 Refrigerios 5.3 Formato RPP 5.4 Fotografías y registro fílmico uno a uno de la entrega de RPP - en power Point 5.5 Formato de Bienestarina Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni enmendaduras	10%	Abril 25	OK		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento	6.1 Formato de novedades por grupo de atención . (El manejo sujeto a dinamicas internas bajo acta)	10%	Abril 25			
		7. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faciliten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	7.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS que se sean asignados(JUEGOS NO ESTRUCTURADOS). Según sea estipulado en el salón comunal 7.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 7.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación. 7.4 Asistir a la jornada de cualificación a talento humano y reflexion pedagogica	15%	Abril 25			
			TOTAL	100%				

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

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	ENILCE ROJAS
C.C.	52.798.516

VoBo

DAVIVIENDA

Resultado de su transacción

Destino de pago
APORTES EN LINEA

Motivo
Pago de la Planilla de aportes con clave: 9483627231

Número de Aprobación
00078718

Fecha
11/04/2025

Dirección IP
190.24.56.132

Valor transacción
$415.400,00

Costo de la transacción
$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1
190.24.56.132

Referencia 2
CC

Referencia 3
1032359119

Esta transacción estará sujeta a verificación

Terminar | Guardar PDF

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
2025-03	2025-03	1404078718	9483627231	I	2025/04/04	2025/04/11	BANCO DAVIVIENDA	7	$415,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$1,423,500**	**$227,800**			**$1,423,500**	**$178,000**			**$0**	**$0**			**$1,423,500**	**$7,500**		**$0**	**$0**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					**$1,423,500**	**$227,800**			**$1,423,500**	**$178,000**			**$0**	**$0**			**$1,423,500**	**$7,500**		**$0**	**$0**
1	CC 1032359119	PAEZ MARTHA	230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,423,500	$7,500	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					**$1,423,500**	**$227,800**			**$1,423,500**	**$178,000**			**$0**	**$0**			**$1,423,500**	**$7,500**		**$0**	**$0**

2025/04/11 09:48 AM

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
2025-03	2025-03	1404078718	9483627231	I	2025/04/04	2025/04/11	BANCO DAVIVIENDA	7	$415,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$1,100	$0	$228,900
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$227,800	$1,100	$0	$228,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,500	$100	$0	$7,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$7,500	$100	$0	$7,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$900	$0	$178,900
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$178,000	$900	$0	$178,900
TOTAL				1	$413,300	$2,100	$0	$415,400

2025/04/11 09:48 AM

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

CUENTA DE COBRO No. 2

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
APC2025-EIH-CON072

NOMBRE: NACIRIS MARIA GUTIERREZ GALVAN
CEDULA: 1.030.584.449
CUENTA BANCARIA: 3214848526 BANCO: DAVIPLATA X AHORRO __ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: ($2.670.988) DOS MILLONES SEISCIENTOS SETENTA MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL PESOS M/CTE
PERIODO: **Fase Atención abril 2025**

CONCEPTO: Agente educativo – EIH Kennedy Gestando Futuro Gran Britalia - del contrato N.11007062025. 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: ($2.670.988) DOS MILLONES SEISCIENTOS SETENTA MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHO 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:

Emilce Rojas Aguilar
Coordinadora
C.C. 52.278.676

Aprobado por:

Ana Rocio Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: NACIRIS MARIA GUTIERREZ GALVAN
C.C. 1.030.584.449
DR. CARRERA 2A 22 39
Telefono: Tel 3214848526 nacirisgutierrez@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 # 11007062025

PROGRAMA	EIH GESTANDO FUTURO
NOMBRE	NACIRIS Gutierrez
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	ABRIL

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	2	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales	1.1 Planeación Grupal, mínimo de dos encuentros,durante el mes (Formato ICBF), "con las cuatro planeaciones de las áreas corespondientes" 1.2 Intensionalidad y planeaciones con un hilo conductor.	20%	Abril	OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (EIH)	2.1. Planeación Encuentro en el hogar (1 por cada participante) 2.2 Cronograma de Visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 ____encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente. 2.3.Intensionalidad y planeaciones con un hilo conductor.	20%	Abril	OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentación requerida tanto en físico como en drive (50)	3.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Acomodación de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalización de cada uno de los documentos de los participantes del GA _ 3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas)	15%	Abril	OK		
		4.Informar Ingresos y egresos al administrativo y edición de datos correspondientes al mes de abril deben ser informados y reportados a más tardar el 14 de abril.	4.1 Formato de Ingresos y egresos ____ en el mes ABRIL 4.4 Organización de las carpetas en digital (El manejo sujeto a dinamicas internas bajo acta)	10%	Abril	OK		
		5.Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios,Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.	5.1 Formato Ram 5.2 Refrigerios 5.3 Formato RPP 5.4 Fotografias y registro fílmico uno a uno de la entrega de RPP - en power Point 5.5 Formato de Bienestarina Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni enmendaduras	10%	Abril	OK		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento	6.1 Formato de novedades por grupo de atencion . (El manejo sujeto a dinamicas internas bajo acta)	10%	Abril	OK		
		7. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faciliten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	7.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS que se sean asignados(JUEGOS NO ESTRUCTURADOS). Según sea estipulado en el salón comunal 7.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 7.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación. 7.4 Asistir a la jornada de cualificación a talento humano y reflexion pedagogica.	15%	Abril	OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Naciris Gutierrez
NOMBRE:	Naciris Gutierrez
C.C.	1030584419

FIRMA COORDINADORA	Emilce
NOMBRE:	Emilce Rojas
C.C.	52486[illegible]

VoBo
EAMU

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **NACIRIS MARIA GUTIERREZ GALVAN**, identificada con **CC** número **1030584449**, aportó por **NACIRIS MARIA GUTIERREZ GALVAN** identificado(a) con **CC** número **1030584449** 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, para el periodo de pensión de 2025-3 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
EPS008	Compensar EPS	59	X														0		10	$474,500	0.12500	$59,400	$0	$0	Marzo - 2025	85852003	16/04/2025	No
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	59	X														0		10	$474,500	0.16000	$76,000	$0	$0	Marzo - 2025	85852003	16/04/2025	No
14-11	ARL SURA	59	X														0		10	$474,500	0.00522	$2,500	$0	$0	Marzo - 2025	85852003	16/04/2025	No

PAGADO

El presente certificado se expide a los 25 dias del mes April de 2025

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

icontec ISO 9001 CO-SC3662-16
icontec ISO / IEC 27001 CO-SI0[illegible]-1

COMPENSAR
NIT 860066942-7
RECAUDO MIPLANILLA

FECHA Y HORA TRANSACCIÓN: 2025/04/16 - 10:05 a. m.
DOCUMENTO: CC 1030584449
NOMBRE USUARIO:
NACIRIS MARIA GUTIERREZ GALVAN
MODULO: KENPAR01
ID PAGO:44578465

NO PLANILLA: 8385852003
PERIODO DE PAGO: marzo
VALOR PAGADO: $ 138600

TOTAL: $ 138600
EFECTIVO: $ 150000
CAMBIO: $ 11400

miplanilla.com
Especialistas en Seguridad Social

Identificación aportante: 1030584449
Fecha liquidación: 16/04/2025 10:03:03
Tipo de planilla:
I - Planilla de Independientes
Número de planilla: 8385852003
Periodo liquidación: Marzo 2025

Fecha límite de pago (dd/mm/aaaa)	Valor a pagar
10/04/2025*	138600.00

*Pagos después de esta fecha generan intereses de mora

Información de la planilla

ARL SURA	2600
Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	76500
Compensar EPS	59700

No vinculados reportados

Ingreso

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

Banco de Bogotá
Banco AV Villas
Banco de Occidente

Oficinas de la red de recaudo habilitada
- Red propia
- Puntos de pago
- Canales de atención miplanilla.com

1030584449
(Corresponde al número de identificación)
Periodo Pensión-Salud: Marzo 2025

Número de pago en otras entidades
Periodo Pensión - Salud: Marzo 2025

8385852003
(Corresponde al número de planilla)

Puntos de pago el mismo día de generación de la planilla:
Puntos 472, Red Red, Red de Pago Social, Corresponsal Alianza Sur 24, Primero de Mayo, Corresponsal Calle 26 Avenida 68, Calle 42 y Subat, Banco de Bogotá, Banco de Occidente, Red de Caleta S.A., Red de la Gran Ex Ltda.
Puntos de pago el día siguiente al de la generación de la planilla:
Bancos Av Villas y Red Serfa.
Si paga la planilla después de la hora de cierre de las operaciones bancarias (3:00 p.m.) en cualquier oficina, durante los días de semana o sábados, el pago se verá reflejado el siguiente día hábil.
Información importante: Con el objetivo de evitar inconvenientes en la información a confirmar

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

CUENTA DE COBRO No.3

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
APC2025-EIH-CON058

NOMBRE: SHIRLEY PAOLA VANEGAS PRADA
CEDULA: 52.769.729
CUENTA BANCARIA: 3118647601 BANCO: DAVIPLATA AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: ($2.670.988) DOS MILLONES SEISCIENTOS SETENTA MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS M/CTE.
PERIODO: **Fase Atención Abril 2025**

CONCEPTO: Agente Educativa – EIH Kennedy Gestando Futuro Gran Britalia- contrato N.11007062025. 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: ($2.670.988) DOS MILLONES SEISCIENTOS SETENTA MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS M/CTE. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Emilce Rojas Aguilar
Coordinadora
C.C. 52.278.676

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 No 72 D - 50
Telefono.3118647601 / paolavp2008@gmail.com
NOTA: Se debe anexar planilla de pago de los Aportes a Salud, Pensión y ARL, del mes vencido y productos del mes según certificación de cumplimiento.

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO POR CARGO
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
CTO # 11007062025

PROGRAMA	EIH GESTANDO FUTURO
NOMBRE	SHIRLEY PAOLA VANEGAS PRADA
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	ABRIL

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	2	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales	1.1 Planeación Grupal, mínimo de dos encuentros durante el mes (Formato ICBF), "con los cuatro planeaciones de las áreas corespondientes" 1.2. Intensionalidad y planeaciones con un hilo conductor.	20%	Abr.)	ok		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (EIH)	2.1. Planeación Encuentro en el hogar (1 por cada participante) . 2.2 Cronograma de Visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 60 encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atención correspondiente. 2.3. Intensionalidad y planeaciones con un hilo conductor.	20%	Abr.)	ok		Soviritos
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentación requerida tanto en físico como en drive (50)	3.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Acomodación de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalización de cada uno de los documentos de los participantes del GA_. 3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas)	15%	Abr.)	ok		
		4.Informar ingresos y egresos al administrativo y edición de datos correspondientes al mes de marzo deben ser informados y reportados a más tardar el 14 de marzo.	4.1 Formato de Ingresos y egresos 4 en el mes ABRIL 4.4. Organización de las carpetas en digital (El manejo sujeto a dinamicas internas bajo acta)	10%	Abr.)	ok		9 Cambios
		5.Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios,Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.	5.1 Formato Ram 5.2 Refrigerios 5.3 Formato RPP 5.4 Fotografias y registro fílmico uno a uno de la entrega de RPP - en power Point 5.5 Formato de Bienestarina Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni enmendaduras	10%	Abr.)	ok		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento	6.1 Formato de novedades por grupo de atención . (El manejo sujeto a dinamicas internas bajo acta)	10%	Abr.)	ok		
		7. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faciliten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	7.1 **Ambientación de espacios físicos** de la UDS que se sean asignados(JUEGOS NO ESTRUCTURADOS). Según sea estipulado en el salón comunal 7.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 7.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación. 7.4 Asistir a la jornada de cualificación a talento humano y reflexion pedagogica.	15%	Abr.)	ok		
			TOTAL	100%				

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

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Emilse Baez
C.C.	52228670

VºBº
EMM

PSE - Transacción Aprobada ☑ CUS 1415825831

1 mensaje

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co> 16 de abril de 2025, 13:25
Para: paolavp2008@gmail.com

¡Hola, SHIRLEY PAOLA VANEGAS PRADA!

Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: $ 415.600

Empresa: COMPENSAR-OI

Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha de la transacción: 16/04/2025

CUS: 1415825831

Gracias por utilizar nuestro servicio.



Ten encuenta estos tips de seguridad:

- Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.
- No abras enlaces sospechosos.
- Cambia tus contraseñas con regularidad.
- Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.
- Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.

Gmail

PAOLA VANEGAS <paolavp2008@gmail.com>

Pago exitoso

1 mensaje

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

16 de abril de 2025, 13:21



¡Pago exitoso!

Hiciste un pago en COMPENSAR-OI por $415.600,00
Fecha: El 16 de abril de 2025
Hora: 1:21 PM

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

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

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

Nequi

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		
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	
2025-03	2025-03	I	16/04/2025	85852087	$415.600	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	178.000	0		0		0	8	1.000	0	179.000	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	227.800	0	0	0	0	8	1.200	0	229.000	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	890903790-8	7.500				7.500	8	100	7.600			75	7.600	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	8	0	0	0
ICBF				
0	8	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	178.000	179.000
Pensión	1	227.800	229.000
Riesgos Laborales	1	7.500	7.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	413.300	415.600

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	3118647801	paolavp2008@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-03	2025-03	I	16/04/2025	85852087	$415.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colombia	Subtipo	Extranjero	Cotiz. exterior	Desconocido	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	52769729	VANEGAS PRADA SHIRLEY PAOLA	59	0			N																	25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS036	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	1	7.500		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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

CUENTA DE COBRO No. 3

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
APC2025-EIH-CON053

NOMBRE: VEIDY YURANY DAZA SALGADO
CEDULA: 52.973.254
CUENTA BANCARIA: 3027676982 BANCO: DAVIPLATA AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: ($2.670.988) DOS MILLONES SEISCIENTOS SETENTA MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS M/CTE.
PERIODO: **Fase Atención Abril 2025**

CONCEPTO: Agente Educativa – EIH Kennedy Gestando Futuro Gran Britalia- del contrato N.11007062025. 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: ($2.670.988) Dos millones seiscientos setenta mil novecientos ochenta y ocho pesos m/cte. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Emilce Rojas Aguilar
Coordinadora
C.C. 52.278.676

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: VEIDY YURANY DAZA SALGADO
C.C. 52.973.254
DR. CRA 87 D # 6 -02 SUR
Telefono: 3027676982 / dazaveidy23@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 # 11007062025

PROGRAMA	EIH GESTANDO FUTURO
NOMBRE	Deidy Daza
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	ABRIL

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCIÓN	2	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales	1.1 Planeación Grupal, mínimo de dos encuentros durante el mes (Formato ICBF), *con las cuatro planeaciones de las áreas correspondientes* 1.2 Intencionalidad y planeaciones con un hilo conductor	20%	Abril 25	ok		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (EIH)	2.1. Planeación Encuentro en el hogar (1 por cada participante) 2.2 Cronograma de Visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50~~49~~ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atención correspondiente. 2.3 Intencionalidad y planeaciones con un hilo conductor	20%	Abril 25	ok		49 visitas 1 puerperio
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentación requerida tanto en físico como en drive (50)	3.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Acomodación de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalización de cada uno de los documentos de los participantes del GA _ 3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas)	15%	Abril 25	ok		
		4 Informar ingresos y egresos al administrativo y edición de datos correspondientes al mes de abril deben ser informados y reportados a más tardar el 14 de abril.	4.1 Formato de ingresos y egresos 12 en el mes ABRIL 4.4 Organización de las carpetas en digital (El manejo sujeto a dinamicas internas bajo acta)	10%	Abril 25	ok		
		5 Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios,Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.	5.1 Formato Ram 5.2 Refrigerios 5.3 Formato RPP 5.4 Fotografías y registro fílmico uno a uno de la entrega de RPP - en power Point 5.5 Formato de Bienestarina Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni enmendaduras	10%	Abril 25	ok		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento	6.1 Formato de novedades por grupo de atención . (El manejo sujeto a dinamicas internas bajo acta)	10%	Abril 25	ok		
		7. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faciliten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	7.1 **Ambientación de espacios físicos** de la UDS que se sean asignados(JUEGOS NO ESTRUCTURADOS). Según sea estipulado en el salón comunal 7.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagogica. 7.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación. 7.4 Asistir a la jornada de cualificación a talento humano y reflexion pedagogica.	15%	Abril 25	ok		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Deidy Daza
NOMBRE:	Deidy Daza
C.C.	52993 259

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	EMILCE ROJAS
C.C.	22756378

V°B°
EAMV

Nequi

¡Pago exitoso!

Pago en	Compensar
Número de planilla	8385052537
¿Cuánto?	$ 413.300,00
Fecha	10 de abril de 2025 a las 04:08 p. m.
Referencia	M11656118

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

Señor(a): VEIDY YURANY DAZA SALGADO
No. Identificación: CC52973254
Dirección: CRR 87 D # 6 - 02 SUR
Telefono: 3027676982
Correo: dazaveidy23@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8385052537

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	VEIDY YURANY DAZA SALGADO
Tipo y número de identificación	CC52973254
Número de planilla	8385052537
Fecha pago	2025-04-11
Número de autorización pago	49274076
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	marzo de 2025
Periodo de Cotización Pensión	marzo de 2025
Número de Administradoras	3
Total Pagado	413300
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	7500	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	227800	1
EPS005	Sanitas EPS	178000	1

8385052537

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 52973254
APELLIDOS Y NOMBRES: VEIDY YURANY DAZA SALGADO

EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS005	230201	1423500	1423500	1423500	0	178000	0	227800	0	7500	0

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

Ciudad: BOGOTA D.C **Mes: Abril** **Día: 30** **Año: 2025**

CUENTA DE COBRO No. 2

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2025-EIH GRAN BRITALIA-CON067

NOMBRE: GINA PAOLA MARTINEZ CASTRO
CEDULA: 52.978.862
CUENTA BANCARIA: 3108675997 BANCO: DAVIPLATA AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: ($2.670.988) DOS MILLONES SEISCIENTOS SETENTA MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS M/Cte.
PERIODO: Fase atención ABRIL DEL 2025

CONCEPTO: Profesional Psicosocial EIH Kennedy Gestando Futuro Gran Britalia contrato 11007062025. 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: ($2.670.988) DOS MILLONES SEISCIENTOS SETENTA MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS M/CTE: Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Emilce Rojas Aguilar
Coordinadora
C.C. 52.278.676

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

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

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

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO POR CARGO
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
CTO # 11007062025

PROGRAMA	EBI GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	GINA PAOLA MARTINEZ CASTRO
CARGO	PSICOSOCIAL
PERIODO y FECHA	ABRIL

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	2	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.	5%	Abril	OK		Usuarios = 2 EPS = 3 CRECIENDO = 3 RC = 12
		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, por profesional psicosocial)	2.1. Cartas de gestión con radicado y/o evidencia del correo enviado 2.2. Matriz de Gestión interinstitucional abril 2.3.Articulaciones efectivas.	10%	Abril	OK		ICBF.
		3. Validación criterios de focalización junto con el documento de identidad, de los ingresos, 75.	3.1 Formato Visita Criterios de Focalización_29_ para los casos de ingreso nuevos que aplique. 3.2. Subir al driva 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 __75____ Participantes correspondientes a los tres grupos de atención delegados. 3.3 Cronograma de Visitas - Firma de las familias Visitadas (Formato APC)	15%	Abril	OK		150 Pendiente base
		4. Realización procesos de caracterización, de __75_ ingresos de las Unidades delegadas en el territorio.	4.1 Registro de 25 Nuevos participantes, en el formato (f23.mo12. pp_formato_ficha_de_caracterizacion_para_los_servicios_de_atencion_a_la_primera_infancia_v2).	15%	Abril	OK		24 NUEVOS
		5. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias, ABRIL (Caracterización familiar,conformación comité control social))	5.1 Planeación cargada al drive 5.2 Realización de los 9 talleres, de las UAS delegadas 5.3. Registro fotografico.	10%	Abril	OK		
		6. Procesos de Formación y cualificación al Talento Humano de acuerdo con el tema del Plan de Formación al TH. Ruta de atención(Prevención,detección,atención tipos de violencia)	6.1 Planeación cargada al drive 6.2 Acta, Registro fotográfico y Firmas 6.3.Asistencia a la jornada cualificación talento humano y reflexión pedagógica.	10%	Abril	OK		
		7.Control Social y Proceso de buzón de sugerencias y control social, (proceso en compañía del comité de control Social).	7.1 Invitación hacer parte de control social,afistamiento buzón y formatos respectivos.	5%	Abril	OK		
		8.Seguimiento a población migrante y desplazados.	8.1 Base Excel población migrante y desplazados. Formatos APC	5%	Abril	OK		6
		9.Activación 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 Formato de novedades cuando sea necesario.	5%	Abril	OK	1	CASOS
		10. Acompañar y apoyar la entrega de RPP	**10.1** Acta de verificación de la RPP con el comité de control social en compañía de la Nutricionista **10.2** Presencia en el espacio	5%	Abril	OK		
		11.Seguimiento a casos de tránsito armónico	**11.1** Realizar acta con la sensibilización y gestión de los casos que requieren orientación para el transito armónico	5%	Abril	OK	5	
		12. Informe de gestión mensual en el formato F8 contractual y general de acciones	**12.** Formato de Informe – Enviado por Coordinación Drive **12.1 F8** de acciones i Datos de casos garantía de derechos ii Acciones realizadas de cualificación a Dificultades del componente en el mes **12.2 F8** contractual i Aportes a los obligaciones del componente	10%	Abril	OK	OK	
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	Gina Paola Martinez Castro
C.C.	52978862

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Enrique Rojas
C.C.	79388976

VoBo EPMU


DAVIplata
COMPRA POR PSE
DaviPlata ******5997
Transacción exitosa
Fecha y hora: 15-04-2025 08:40 pm
N° Aprobación: 028703
Valor
$ 310.100
Nombre de la transacción
Compra por PSE
Motivo
Banco Davivienda S.A.
VIGILADO

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-04-16, 04:25:49 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1071992719

Periodo Cotización: marzo de 2025 **Periodo Servicio:** marzo de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8823073501

PAGADO 15/04/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

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
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días ARP	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 52978862	GINA PAOLA MARTINEZ CASTRO	59	00	X																0	21	21	21	21	(26-14) COLPENSIONES	$ 996.450	$ 159.500	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 996.450	$ 124.600	0,522	$ 996.450	$ 5.300	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 996.450	$ 20.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 309.400

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
$ 996.450	$ 996.450	$ 996.450	$ 996.450	$ 159.500	$ 124.600	$ 5.300	$ 20.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 309.400	$ 700	$ 310.100

Lineas 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.

Ciudad: BOGOTÁ D.C Mes: ABRIL 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-EIH-CON048

NOMBRE: YURI ALEXANDRA GARCIA AVILA
CEDULA: 1.032.378.513
CUENTA BANCARIA: 3007603642 BANCO: DAVIPLATA AHORRO __ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: ($3.561.317) TRES MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y UN MIL TRECIENTOS DIECISIETE PESOS M/CTE.
PERIODO: **Fase Atención Abril 2025**

CONCEPTO: Psicosocial – EIH Kennedy Gestando Futuro Gran Britalia y Triunfadoras - del contrato N.11007062025. 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: ($3.561.317) TRES MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y UN MIL TRECIENTOS DIECISIETE 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: YURI ALEXANDRA GARCIA AVILA
C.C. 1.032.378.513
DR. CR 70 B 05 B 06
Telefono:3186669533/ alexandrapsicosocial03@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 # 11007062025

PROGRAMA	EJH GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	Yuli Alexandra Garcia.
CARGO	PSICOSOCIAL
PERIODO y FECHA	ABRIL

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	3	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.	5%	Abril	OK		Correcto desarrollo
		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, por profesional psicosocial)	2.1. Cartas de gestión con radicado y/o evidencia del correo enviado 2.2. Matriz de Gestión Interinstitucional abril 2.3 Articulaciones efectivas.	10%	Abril	OK		Fundación Colombia Subred
		3. Validación criterios de focalización 75 junto con el documento de identidad , y criterios de los ingresos del mes de ABRIL.	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 d de __75____ Participantes correspondientes a los tres grupos de atención delegados y criterios de usuarios nuevos mes de ABRIL. 3.3 Cronograma de Visitas - Firma de las familias Visitadas (Formato APC)	15%	Abril	OK		80 criterios 9 Nuevos Visb=23. Crite.-27.
		4. Realización procesos de caracterización, de __75_ ingresos de las Unidades delegadas en el territorio y usuarios nuevos del mes de ABRIL.	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%	Abril	OK		OK 50 Fichas
		5. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias, ABRIL (Caracterización familiar, conformación comité control social!)	5.1 Planeación cargada al drive 5.2 Realización de los 9 talleres, de las UAS delegadas 5.3. Registro fotografico.	10%	Abril	OK		
		6. Procesos de Formación y cualificación al Talento Humano de acuerdo con el tema del Plan de Formación al TH. Ruta de atención (Prevención, detección, atención tipos de violencia)	6.1 Planeación cargada al drive 6.2 Acta, Registro fotográfico y Firmas 6.3.Asistencia a la jornada cualificación talento humano y reflexión pedagógica.	10%	Abril	OK		
		7.Control Social y Proceso de buzón de sugerencias y control social, (proceso en compañía del comité de control Social!).	7.1.Invitación hacer parte de control social,alistamiento buzón y formatos respectivos.	5%	Abril	OK		
		8.Seguimiento a población migrante y desplazados.	8.1 Base Excel población migrante y desplazados, Formatos AFC	5%	Abril	OK		Migrantes
		9.Activación 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 Formato de novedades cuando sea necesario.	5%	Abril	OK		2 Menor edad. 1 salud.
		10. Acompañar y apoyar la entrega de RPP	10.1 Acta de verificación de la RPP con el comité de control social en compañía de la Nutricionista 10.2 Presencia en el espacio	5%	Abril			
		11.Seguimiento a casos de tránsito armónico	11.1 Realizar acta con la sensibilización y gestión de los casos que requieren orientación para el transito armónico	5%	Abril	OK		3(2) casos
		12. Informe de gestión mensual en el formato F8 contractual y general de acciones	12. Formato de Informe – Enviado por Coordinación Drive 12.1 F8 de acciones i Datos de casos garantía de derechos ii Acciones realizadas de cualificación iii Dificultades del componente en el mes 12.2 F8 contractual i Aportes a las obligaciones del componente	10%	Abril	OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Yuli Alexandra Garcia
NOMBRE:	Yuli Alexandra Garcia
C.C.	1026258513

FIRMA COORDINADORA	Emilse
NOMBRE:	Emilse
C.C.	52[illegible]56

VoBo EPMU

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO POR CARGO
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
CTO # 11007062025

PROGRAMA	EIH GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	Yuri Alexandra Gaac Auto
CARGO	PSICOSOCIAL
PERIODO y FECHA	ABRIL

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	3	1. Verifica la 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.	5%	Abril 25	OK		3 faltantes documentos. 3 crec y desarrollo
		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, por profesional psicosocial)	2.1. Cartas de gestión con radicado y/o evidencia del correo enviado 2.2. Matriz de Gestión Interinstitucional abril 2.3.Articulaciones efectivas.	10%	Abril 25	OK.		• Fundación Jabbie Colombia. • Sub red.
		3. Validación criterios de focalización 75 junto con el documento de identidad , y criterios de los ingresos del mes de ABRIL.	3.1 Formato Visita Criterios de Focalización 200 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 d de __75____ Participantes correspondientes a los tres grupos de atención delegados y criterios de usuarios nuevos mes de ABRIL. 3.3 Cronograma de Visitas - Firma de las familias Visitadas (Formato APC)	15%	Abril 25	29 nuevos OK		• 150 60 50 Irlun Sisben-28 Criterio-2112
		4. Realización procesos de caracterización, de __75_ ingresos de las Unidades delegadas en el territorio y usuarios nuevos del mes de ABRIL.	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%	Abril 25	OK.		190 Fichas 28 nuevos
		5. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias, ABRIL (Caracterización familiar,conformación comité control social))	5.1 Planeación cargada al drive 5.2 Realización de los 9 talleres, de las UAS delegadas 5.3. Registro fotografico.	10%	Abril 25	OK		
		6. Procesos de Formación y cualificación al Talento Humano de acuerdo con el tema del Plan de Formación al TH. Ruta de atención (Prevención, detección, atención tipos de violencia)	6.1 Planeación cargada al drive 6.2 Acta, Registro fotográfico y Firmas 6.3.Asistencia a la Jornada cualificación talento humano y reflexión pedagógica.	10%	Abril 25	OK		
		7.Control Social y Proceso de buzón de sugerencias y control social, (proceso en compañía del comité de control Social).	7.1.Invitación hacer parte de control social,alistamiento buzón y formatos respectivos.	5%	Abril 25	OK		
		8.Seguimiento a población migrante y desplazados.	8.1 Base Excel población migrante y desplazados, Formatos APC	5%	Abril 25	OK		2 migrantes
		9.Activación 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 Formato de novedades cuando sea necesario.	5%	Abril 25	OK		2 menor de edad. Familia.
		10. Acompañar y apoyar la entrega de RPP	10.1 Acta de verificación de la RPP con el comité de control social en compañía de la Nutricionista 10.2 Presencia en el espacio	5%	Abril 25			
		11.Seguimiento a casos de tránsito armónico	11.1 Realizar acta con la sensibilización y gestión de los casos que requieren orientación para el transito armónico	5%	Abril 2			3 Casos
		12. Informe de gestión mensual en el formato F8 contractual y general de acciones	12. Formato de Informe – Enviado por Coordinación Drive 12.1 F8 de acciones i Datos de casos garantía de derechos ii Acciones realizadas de cualificación iii Dificultades del componente en el mes 12.2 F8 contractual i Aportes a las obligaciones del componente	10%	Abril 25	OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Yuri Alexandra Gaac
NOMBRE:	Yuri Alexandra Gaac
C.C.	1082378513

FIRMA COORDINADORA	Emilce
NOMBRE:	Emilce Rojas
C.C.	52688[illegible]

VoBo Enviado

GRUPO AVAL

CORRESPONSAL BANCARIO BANCO DE OCCIDENTE SA Contacto no te cobra por esta transaccion PAGO DE PLANILLAS

TRANSACCIÓN EXITOSA

Fecha	02/04/2025
Hora	10:06:56
Terminal	347670
Convenio	PILA PLANILLA ARISTIDA APORTES EN LINEA
Cod. Convenio	1504
Comercio	477803
No. aprob Banco	870958
Referencia	9685815886
No. aprob Punto red	001141693130
Valor	$413,300
Usuario de Venta	JORGE EDUARDO VRIE

Linea de atención Nacional
01 8000 512825 opción 2 Email:
corresponsalesaval@vectoryservicios.c

BANCO DE OCCIDENTE
VIGILADO SUPERINTENDENCIA

aportes en línea

Resumen General de Pago

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-03	24878958	9483515866	I	2025/04/03	2025/04/02	BANCO DE OCCIDENTE	0	$413,300

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)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
1	CC	1032378513	GARCIA YURI	25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,423,500	$7,500	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0

2025/04/02 01:21 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 708 # 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
2025-03	2025-03	24878958	9483515866	I	2025/04/03	2025/04/02	BANCO DE OCCIDENTE	0	$413,300

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
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$7,500	$0	$0	$7,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$413,300	$0	$0	$413,300

2025/04/02 01:21 PM

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

CUENTA DE COBRO No. 3

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
APC2025-EIH -CON 019

NOMBRE: JOHANNA ANDREA CONTRERAS MARIN
CEDULA: 53.077.091
CUENTA BANCARIA: 3214207614 BANCO: DAVIPLATA AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: ($3.561.317)TRES MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y UN MIL TRESCIENTOS DIECISIETE PESOS M/CTE.
PERIODO: **Fase Atención abril 2025**

CONCEPTO: Nutricionista – EIH Kennedy Gestando Futuro Triunfadoras y gran Britania- del contrato N.11007062025. 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: ($3.561.317)TRES MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y UN MIL TRESCIENTOS DIECISIETE PESOS M/CTE. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Emilce Rojas Aguilar
Coordinadora
C.C. 52.278.676

Aprobado por:

Ana Rocio Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: JOHANNA ANDREA CONTRERAS MARIN
C.C. 53.077.091
DR. KR 96 C # 22 H -30
Telefono:3214207614 / andreco85@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 # 11007062025

PROGRAMA	EN GESTANDO FUTURO RENACER!
NOMBRE	Johanna Andrea Contreras Marin
CARGO	NUTRICIONISTA
PERIODO y FECHA	ABRIL

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCIÓN	2	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias como se establece en Cronograma de Capacitación de acuerdo a la propuesta de cada Nutricionista por territorio 1.1. Estrategia IEC Macro y microentornos 1.2. Promoción de la lactancia materna Donación de leche materna	1.1 Planeación cargada al drive 1.2 Realización de los encuentros de las UAS delegadas 1.3 Acta de proceso con listados de asistencias en físico y digital, promoción en la unidad 1.4 Registro fotográfico	15%	Abril	Ok		
		2. Cualificación al Talento Humano, según Cronograma de estrategia IEC (Información Educación y Comunicación en SAN) Temas de Abril 2.1. Estrategia IEC Macro y microentornos 2.2. Promoción de la lactancia materna Donación de leche materna VERIFICAR CON PLAN DE TRABAJO ENTREGADO POR LA NUTRIS	2.1 Planeación cargada al drive 2.2 Acta de proceso con listados de asistencias en físico y digital 2.3 Registro Fotográfico 2.4 Asistir a la jornada de cualificación a talento humano y reflexión Pedagogica	10%	Abril	Ok		
		3. Tamizaje participantes nuevos abril y seguimientos gestantes, lactantes y niños menores de dos años por territorio por cada nutricionista) —— 3.1 perimetro Braquial	3.1 Formato F11 y 16 según corresponda 3.2 Herramientador de tamizaje nutricional (formato APC) 3.3 Cargue y fotmato perimetro braquial	20%	Abril	Ok		
		4. Cargar a la plataforma Cuéntame los datos correspondientes a las tomas de los ingresos de participantes nuevos y seguimientos por cada nutricionista Gran Britalia y Parcelitas Triunfadoras 1 del mes de abril ——	4. Descargue del Excel, generado en aplicativo CUENTAME, donde se encuentren filtrados los participantes ingresados máximo 5 días después del ingreso 4.1 Actualización formato F11 4.2 Actualización formato F16	5%	Abril	Ok		
		5. Seguimiento Nutricional a Casos (Casos Evento 113, Casos de Desnutrición reporte cuéntame y Casos de Riesgo de desnutrición aguda reporte cuéntame)	**Casos Desnutrición:** 5.1. Correo electrónico EAPB 5.2. PQR a la EAPB 5.3. Remisión a la familia (Formato APC) 5.4. Seguimiento Nutricional (Formato APC) **Casos Riesgos de Desnutrición Aguda (priorización para encuentro en el hogar)** 5.5. Matriz de seguimiento a casos 5.6. Seguimiento en formato novedades **Evento 113:** De acuerdo a las solicitudes del CZ los casos que desde la secretaria de salud sean identificados y notificados como desnutrición aguda, deberán contar con seguimiento y acercamiento a las familias para la validación de servicios recibidos por la EAPB, talla corta 5.7. Entrega de FTLC 5.8. Consulta de CYD, nutrición, pediatría, exámenes complementarios 5.9. La vinculación recibida deberá registrarse en formato de acta APC anexando los soportes que la unidad entregue	10%	Abril	Ok		
		6. Acompañar y apoyar la entrega de RPP, Refrigerios y Bienestarina	**6.Formatos:** 6.1. Formato de Verificación de calidad y cantidad 6.2 Acta de verificación de la RPP con el comité de control social en compañía de la Psicosocial 6.3 Presencia en el espacio	5%	Abril	Ok		
		7. Metrología	7.1 Realizar Rotulado de equipos APC con territorio y última verificación y calibración	5%	Abril	Ok		
		8. Acompañar, verificar y apoyar PSB y BFM	**8.Formatos:** 8.1. Formatos de limpieza y desinfección 8.2 Actualización de PSB(50%) 8.3 Actualizacion de BFM (50%) 8.4 Visitar los espacios de encuentros grupales 8.5. Presentación carpetas formatos de desinfección	5%	Abril	Ok		
		9 verificación de botiquines por cada espacio de encuentros grupales	9.1 Verificación si cada espacio cuenta con botiquine 9.2 Revisión de los botiquines si se tienen(insumos) 9.3 Excel por espacio si se cuenta con botiquine y el estado de los insumos 9.4 Solicitud elementos botiquines y botiquines sino se cuentan en los espacios	10%	Abril	Ok		
		10 Encuentros en el hogar, novedades	10.1 Encuentros en el hogar cuando corresponda puerperios seguimiento a casos 10.2 Formato de novedades en los casos que no se realice el encuentro hogar o casos donde sea necesario	10%	Abril	Ok		
		11. Informe de gestión mensual en el formato F8 contractual y general de acciones	11. Formato de informe – Enviado por Coordinación Drive 11.1 F8 de acciones i Datos de casos con malnutrición ii Acciones realizadas de cualificación iii Actividades del componente en el mes 11.2 F8 contractual Aportes a las obligaciones del componente	5%	Abril	Ok		
				100%				

FIRMA CONTRATISTA	Johanna Andrea Contreras M	FIRMA COORDINADORA	Emilce
NOMBRE:	Johanna Andrea Contreras Marin	NOMBRE:	EMILCE LOPEZ
C.C.	53079091	C.C.	52078696

VOBO

PSE Transacción Aprobada - CUS 1404972419✅

mensaje

:serviciopse@achcolombia.com.co>
Para: andreco85@gmail.com

vie, 11 abr 2025 a la hora 3:29 p. m



¡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: 1404972419
Empresa: COMPENSAR-OI
Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Valor de la Transacción: $ 988.800
Fecha de Transacción: 11/04/2025

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.

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	53077091	JOHANNA ANDREA CONTRERAS MARIN		calle 2 No 92 D-30 Torre 39 Apto101	4711217	andreco85@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ, D. C.	BOGOTA, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	11/04/2026	85722728	$988.800	

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	391.900	0		0		0	0	0	0	391.900	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	501.600	0	0	0	0	0	0		501.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	830003790-5	76.400				76.400	0	0	76.400			764	76.400	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	18.900	0	0	18.900	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	391.900	391.900
Pensión	1	501.600	501.600
Riesgos Laborales	1	76.400	76.400
CCF	1	18.900	18.900
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	988.800	988.800

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	53077091	JOHANNA ANDREA CONTRERAS MARIN		calle 2 No 92 D-39 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	
2025-03	2025-03	I	11/04/2025	85722728	$988.800	

LE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Extranjero	Colombiano en el exterior	Cuenta exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SUS	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COMPLEMENTACIÓN	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								X									230301	3.134.702	591.600	0	0	0	0	EPS008	3.134.702	391.900	14-11	3.134.702	3	76.400	CCF24	3.134.702	18.900	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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

CUENTA DE COBRO No. 1

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NOMBRE: JUDITH PATRICIA REINA SOTO
CEDULA: 44.160.991
CUENTA BANCARIA: 05761363079 BANCO: BANCOLOMBIA AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: ($2.670.988) DOS MILLONES SEISCIENTOS SETENTA MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS M/CTE.
PERIODO: **Fase Atención abril 2025**

CONCEPTO: Nutricionista – EIH Kennedy Gestando Futuro gran Britalia- del contrato N.11007062025. Con 150Cupos.

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: ($2.670.988) Dos millones seiscientos setenta mil novecientos ochenta y ocho pesos m/cte. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Emilce Rojas Aguilar
Coordinadora
C.C. 52.278.676

Aprobado por:

Ana Rocio Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: JUDITH PATRICIA REINA SOTO
C.C. 44.160.991
CLL 131A # 53-60 APTO 401 TORRE 4
Telefono:3186634410 / reinajudith10@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 # 11007082025

PROGRAMA	EJE GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	Judith Reina S.
CARGO	NUTRICIONISTA
PERIODO y FECHA	ABRIL

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCIÓN	1	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias como se establece en Cronograma de Capacitación, de acuerdo a la propuesta de cada Nutricionista por territorio. 1.1. Estrategia IEC: Macro y micronutrientes 1.2. Promoción de la lactancia materna: Donación de leche materna.	1.1 Planeación cargada al drive 1.2 Realización de los encuentros, de las UAS delegadas 1.3 Acta de proceso con listados de asistencias en físico y digital, promoción en la unidad 1.4. Registro fotográfico.	15%	Abril	ok		
		2. Cualificación al Talento Humano, según Cronograma de estrategia IEC (Información Educación y Comunicación en SAN) Temas de Abril: 2.1. Estrategia IEC: Macro y micronutrientes 2.2. Promoción de la lactancia materna: Donación de leche materna. VERIFICAR CON PLAN DE TRABAJO ENTREGADO POR LAS NUTRICIONISTAS	2.1 Planeación cargada al drive 2.2 Acta de proceso con listados de asistencias en físico y digital. 2.3 Registro Fotográfico 2.4 Asistir a la jornada de cualificación a talento humano y reflexión Pedagógica.	10%	Abril	OK		
		3. Tamizaje participantes nuevos abril y seguimientos gestantes, lactantes y niños menores de dos años por territorio (por cada nutricionista) _____ 3.1 Perímetro Braquial	3.1. Formato F11 y 16 según corresponda. 3.2. Formato borrador de tamizaje nutricional (formato APC) 3.3.Cargue y formato perímetro braquial.	20%	Abril	OK		
		4. Cargar a la plataforma Cuéntame los datos correspondientes a las tomas de los ingresos de participantes nuevos y seguimientos por cada nutricionista Gran Britalia y Periodistas, Triunfadoras del mes de abril. _____	4. Descargue del Excel, generado en aplicativo CUENTAME, donde se encuentren filtrados los participantes ingresados máximo 5 días después del ingreso. 4.1 Actualización formato F11 4.2 Actualización formato F16.	5%	Abril	OK		
		5. Seguimiento Nutricional a Casos (Casos Evento 113, Casos de Desnutrición reporte cuéntame y Casos de Riesgo de desnutrición aguda reporte cuéntame)	**Casos Desnutrición:** 5.1. Correo electrónico EAPB 5.2. PQR a la EAPB 5.3. Remisión a la familia (Formato APC) 5.4. Seguimiento Nutricional (Formato APC) **Casos Riesgos de Desnutrición Aguda (priorización para encuentro en el hogar)** 5.5. Matriz de seguimiento a casos 5.6. Seguimiento en formato novedades **Evento 113:** 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: 5.7. Entrega de FTLC; 5.8. Consulta de CYD, nutrición, pediatría, exámenes complementarios. 5.9. La información recibida deberá registrarse en formato de acta APC anexando los soportes que la familia entregue.	10%	Abril	OK		
		6. Acompañar y apoyar la entrega de RPP, Refrigerios y Bienestarina.	**6.Formatos:** 6.1. Formato de Verificación de calidad y cantidad 6.2 Acta de verificación de la RPP con el comité de control social en compañía de la Psicosocial 6.3 Presencia en el espacio	5%	Abril	OK		
		7. Metrología	7.1.Realizar Rotulado de equipos APC con territorio y última verificación y calibración.	5%	Abril	OK		
		8. Acompañar, verificar y apoyar PSB y BPM.	**8.Formatos:** 8.1. Formatos de limpieza y desinfección 8.2 Actualización de PSB(50%) 8.3 Actualización de BPM (50%) 8.4. Visitar los espacios de encuentros grupales 8.5 .Presentación carpetas formatos de desinfección.	5%	Abril	OK		
		9.Verificación de botiquines por cada espacio de encuentros grupales	9.1. Verificación si cada espacio cuenta con botiquines. 9.2. Revisión de los botiquines si se tienen (insumos) 9.3. Excel por espacio si se cuenta con botiquines y el estado de los insumos. 9.4. Solicitud elementos botiquines y botiquines sino se cuenta en los espacios.	10%	Abril	OK		
		10.Encuentros en el hogar, novedades	10.1 Encuentros en el hogar cuando corresponda puerperios ,seguimiento a casos_____ 10.2. Formato de novedades en los casos que no se realice el encuentro hogar o casos donde sea necesario.	10%	Abril	OK		
		11. Informe de gestión mensual en el formato F8 contractual y general de acciones	11. Formato de Informe – Enviado por Coordinación Drive 11.1 F8 de acciones i Datos de casos con malnutrición ii Acciones realizadas de cualificación iii Dificultades del componente en el mes 11.2 F8 contractual Aportes a las obligaciones del componente	5%	Abril	OK		
				100%				

FIRMA CONTRATISTA	Judith Reina S.
NOMBRE:	Judith Reina S.
CC:	

FIRMA COORDINADORA	Emilce Rojas
NOMBRE:	
C.C.	

VºBº
EMR.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141160748338

(415)7707212489984(8020) 000014116074833 8

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	4 4 1 6 0 9 9 1	

Lugar de expedición 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Atlántico 0 8	Soledad 7 5 8

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
REINA	SOTO	JUDITH	PATRICIA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal
CL 131 A 53 60 AP 401 TO 4

42. Correo electrónico reinajudith10@gmail.com

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

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 6 9 2	2 0 1 2 0 3 2 8						

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 5																									

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

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 ☐ 60. No. de Folios: ☐

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

985. Cargo

Fecha generación documento PDF: 07-02-2025 10:38:49PM

DOCUMENTO GENERADO POR SISTEMA SIN COSTO

Powered by CamScanner

Certificación Bancaria

Martes, 22 de abril de 2025

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que JUDITH PATRICIA REINA SOTO identificado(a) con CC 44160991, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta Ahorros / A la mano	05761363079	2016-06-17	ACTIVO	*****

*Importante: Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.
*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345.Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com.co

¡Hola, JUDITH PATRICIA REINA SOTO!

Estado de la transacción: **Aprobada**

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: $ 442.300

Empresa: APORTES EN LINEA

Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9484402424

Fecha de la transacción: 28/04/2025

CUS: 1441045435

Gracias por utilizar nuestro servicio.



Ten encuenta estos tips de seguridad:

- Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.
- No abras enlaces sospechosos.
- Cambia tus contraseñas con regularidad.
- Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.
- Recuerda que PSE nunca te contactara para solicitarte información personal.

Para mayor información comunicate con nosotros:

En Bogotá: +57 (601) 3808890 Opción 5

Contáctanos: https://www.pse.com.co/persona-centro-de-ayuda

Un servicio de ach Colombia

ACH Colombia Oficial

@ACHColombia_

ACHColombiaOficial

ACH Colombia Oficial

VIGILADO

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 44160991		REINA SOTO JUDITH PATRICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 13 A # 53-60	SANTA MARTA-MAGDALENA	3186634416	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-03	1441045435	948402424	I	2025/04/23	2025/04/29	BANCOLOMBIA	6	$442,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
1	CC	44160991	REINA SOTO JUDITH PATRICIA	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,423,500	$34,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$1,423,500**	**$227,800**			**$1,423,500**	**$178,000**			**$0**	**$0**			**$1,423,500**	**$34,700**		**$0**	**$0**

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$900	$0	$228,700
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$227,800	$900	$0	$228,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$200	$0	$34,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$34,700	$200	$0	$34,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$700	$0	$178,700
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$178,000	$700	$0	$178,700
TOTAL				1	$440,500	$1,800	$0	$442,300

2025/04/28 09:18 PM

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 44.160.991

REINA SOTO
APELLIDOS

JUDITH PATRICIA
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-ENE-1985

BARRANQUILLA
(ATLANTICO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

24-SEP-2003 SOLEDAD
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-0300150-00152802-F-0044160991-20090318 0010371359A 1 25314013

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

CUENTA DE COBRO No. 2

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
APC2025-EIH-CON070

NOMBRE: JENIFER CONTRERAS YATE
CEDULA: 1.030.602.668
CUENTA BANCARIA: 3234689889 BANCO: DAVIPLATA AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: ($2.417.697) DOS MILLONES CUATROCIENTOS DIECISIETE MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS M/CTE.
PERIODO: **Fase Atención abril 2025**

CONCEPTO: Apoyo Pedagógico – EIH Kennedy Gestando Futuro Gran Britalia- contrato N.11007062025. 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: ($2.417.697) DOS MILLONES CUATROCIENTOS DIECISIETE MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS M/CTE. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Emilce Rojas Aguilar
Coordinadora
C.C. 52.278.676

Aprobado por:

Ana Rocio Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Jenifer Contreras yate

NOMBRE: JENIFER CONTRERAS YATE
C.C. 1.030.602.668
DR. CALLE 52 SUR # 97 C 20
Telefono: 3234689889/contrerasyate02@hotmail.com
NOTA: Se debe anexar planilla de pago de los Aportes a Salud, Pensión y ARL, del mes vencido y productos del mes según certificación de cumplimiento.

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO POR CARGO
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
CTO # 11007062025

PROGRAMA	EIH GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	JENIFER CONTRERAS YATE
CARGO	APOYO PEDAGOGICO UDS
PERIODO y FECHA	ABRIL

					APOYO PEDAGOGICO :			
FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	2	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales	1.1 Planeación Grupal, mínimo de dos encuentros,durante el mes (Formato ICBF), "con las cuatro planeaciones de las áreas corespondientes"	20%	Abril	OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (EIH)	2.1. Planeación Encuentro en el hogar (1 por cada participante) . 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.	20%	Abril	OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentación requerida tanto en físico como en drive (50)	3.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Acomodación de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalización de cada uno de los documentos de los participantes del GA _ 3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas)	15%	Abril	OK		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo los 14 de cada mes sus ingresos y egresos y edición de datos ____ durante el mes de Marzo	4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes Marzo 4.2 Soportes de egreso 4.3 Soportes de ingreso 4.4. Organización de las carpetas en digital (El manejo sujeto a dinamicas internas bajo acta)	10%	Abril	OK		
		5.Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios,Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.	5.1 Formato Ram 5.2 Refrigerios 5.3 Formato RPP 5.4 Fotografias y registro fílmico uno a uno de la entrega de RPP . en power Point 5.5 Formato de Bienestarina	10%	Abril	OK		
		6. Entrega del Formelo de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento	6.1 Formato de novedades por grupo de atención . (El manejo sujeto a dinamicas internas bajo acta)	10%	Abril	OK		
		7. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faciliten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	7.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS que se sean asignados. (JUEGOS NO ESTRUCTURADOS) Según sea estipulado en el salón comunal 7.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 7.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación. 7.4. Asistir a la jornada Reflexión Pedagógica y cualificación a talento humano	15%	Abril	OK		

FIRMA CONTRATISTA	Jenifer Contreras yate
NOMBRE:	Jenifer Contreras yate
C.C.	1.030602.668

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Emilce Rojas
C.C.	52.218.697

VoBo

EFECTIVA LTDA.
NIT: 830.131.993 1

RECIBO DE SERVICIO

No: 526429
Cliente: 113217 Pinilla Mas Abal Agustes Jo
Linea Beus Empresa: Asobagos Simple Ni
Pin
Fecha 16/04/2025 16:23:31
AP: 996462
Nombre: xxx
Apellido 1: xxx
NUM PLANILLA: 94830722791
TIPO DE IDENTIFICACION: CIUDADANIA
NUMERO IDENTIFICACION: 1030602068
PERIODO: 202503
Referencia: 94830722791Valor: $280.800,00

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1030602668		CONTRERAS YATE JENIFER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 525 UR N 97C - 20	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3234689889	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-03	53307956	9483072791	I	2025/04/15	2025/04/16	BANCO DE OCCIDENTE	1	$289,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$996,450	$159,500			$996,450	$124,600			$0	$0			$996,450	$5,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$996,450	$159,500			$996,450	$124,600			$0	$0			$996,450	$5,300		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$996,450	$159,500			$996,450	$124,600			$0	$0			$996,450	$5,300		$0	$0
1	CC 1030602668	CONTRERAS JENIFER	25-14	21	$996,450	$159,500	EPS017	21	$996,450	$124,600		0	$0	$0	14-11	21	$996,450	$5,300	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$996,450	$159,500			$996,450	$124,600			$0	$0			$996,450	$5,300		$0	$0

2025/04/16 01:57 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 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
2025-03	2025-03	53307956	9483072791	I	2025/04/15	2025/04/16	BANCO DE OCCIDENTE	1	$289,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$159,500	$200	$0	$159,700
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$159,500	$200	$0	$159,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$5,300	$100	$0	$5,400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$5,300	$100	$0	$5,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$124,600	$100	$0	$124,700
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$124,600	$100	$0	$124,700
TOTAL				1	$289,400	$400	$0	$289,800

Ciudad: BOGOTÁ D.C **Mes: ABRIL** **Día: 30** **Año: 2025**

CUENTA DE COBRO No. 3

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
APC2025-EIH-CON052

NOMBRE: KARENTH JEANNETH JUNCO
CEDULA: 52.932.713
CUENTA BANCARIA: 3228486614 BANCO: DAVIPLATA **AHORRO** _X_ **CORRIENTE** ___
LA SUMA DE: ($2'417.697) DOS MILLONES CUATROCIENTOS DIECISIETE MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS M/CTE.
PERIODO: Fase Atención ABRIL 2025

CONCEPTO: Apoyo pedagógico – EIH Kennedy Gestando Futuro Gran Britalia contrato N. 11007062025. 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: ($2.417.697) DOS MILLONES CUATROCIENTOS DIECISITE MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y SIETE 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,

Karenth Junco

NOMBRE: KARENTH JEANNETH JUNCO
C.C. 52.932.713
DR. Cll 68 f # 2 35
Telefono: 3228486614/ karenth.12junco@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 # 11007062025

PROGRAMA	EIH GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	Kaventh Jeameth Junco
CARGO	APOYO PEDAGOGICO UDS
PERIODO y FECHA	ABRIL

					APOYO PEDAGOGICO :			
FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	2	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales	1.1 Planeación Grupal, minimo de dos encuentros,durante el mes (Formato ICBF), "con las cuatro planeaciones de las áreas corespondientes"	20%	Abril	ok		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de minimo 60 minutos de formación (EIH)	2.1. Planeación Encuentro en el hogar (1 por cada participante) . 2.2 Cronograma de Visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/o 40 encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente.	20%	Abril	ok		Imperio
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentación requerida tanto en fisico como en drive (50)	3.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Acomodación de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalización de cada uno de los documentos de los participantes del GA _ 3.4 Archivo Fisico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas)	15%	Abril	ok		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo los 14 de cada mes sus ingresos y egresos y edición de datos ____ durante el mes de Abril	4.1 Formato de ingresos y egresos 10 en el mes Marzo 4.2 Soportes de egreso 4.3 Soportes de ingreso 4.4. Organización de las carpetas en digital (El manejo sujeto a dinamicas internas bajo acta)	10%	Abril	ok		
		5.Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios,Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.	5.1 Formato Ram 5.2 Refrigerios 5.3 Formato RPP 5.4 Fotografias y registro filmico uno a uno de la entrega de RPP - en power Point	10%	Abril	ok		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento	6.1 Formato de novedades por grupo de atención . (El manejo sujeto a dinamicas internas bajo acta)	10%	Abril	ok		
		7. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faciliten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	7.1 Ambientación de espacios fisicos de la UDS que se sean asignados. (JUEGOS NO ESTRUCTURADOS) Según sea estipulado en el salón comunal 7.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 7.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación. 7.4. Asistir a la jornada Reflexión Pedagógica y cualificación a talento humano	15%	Abril	ok		

FIRMA CONTRATISTA	Kaventh Junco
NOMBRE:	Kaventh Jeameth Junco
C.C.	52932713

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

VºBº EMMD

COMPENSAR
NIT 860066942-7
RECAUDO MIPLANILLA

FECHA Y HORA TRANSACCIÓN: 2025/04/12 - 10:19 a. m.
DOCUMENTO: CC 52932713
NOMBRE USUARIO:
KARENTH JEANNETH JUNCO
MODULO: KENPAR01
ID PAGO:44513493

.
.
.

NO PLANILLA: 8385126220
PERIODO DE PAGO: marzo
VALOR PAGADO: $ 416400

.
.
.

TOTAL: $ 416400
EFECTIVO: $ 420000
CAMBIO: $ 3600

Powered by CamScanner

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:	85126220

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	KARENTH JEANNETH JUNCO
Tipo y número de identificación	CC52932713
Número de planilla	85126220
Fecha pago	2025-04-14
Número de autorización pago	1941813
Banco	1083

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	marzo de 2025
Periodo de Cotización Pensión	marzo de 2025
Número de Administradoras	3
Total Pagado	416400
Total Intereses de Mora	3100

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	7600	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	229500	1
EPS008	Compensar EPS	179300	1

85126220

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

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	230201	1423500	1423500	1423500	0	178000	0	227800	0	7500	0

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

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

CUENTA DE COBRO No. 3

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
APC2025-EIH-CON060

NOMBRE: MARTHA CECILIA GARZON
CEDULA: 51.930.289
CUENTA BANCARIA: 3105827277 BANCO: DAVIPLATA AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: ($2.417.697) DOS MILLONES CUATROCIENTOS DIECISIETE MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS M/CTE.
PERIODO: **Fase Atención Abril 2025**

CONCEPTO: Apoyo Pedagógico – EIH Kennedy Gestando Futuro Triunfadoras - del contrato N.11007062025. 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: ($2.417.697) DOS MILLONES CUATROCIENTOS DIECISIETE MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y SIETE 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: MARTHA CECICLIA GARZON
C.C. 51.930.289
DR. CRA 79 a # 5-54 sur, bloque E1, apto 101
Telefono: Tel 3105827277 / marthaceciliag2003@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 # 11007062025

PROGRAMA	EIH GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	
CARGO	APOYO PEDAGOGICO UDS
PERIODO y FECHA	ABRIL

					APOYO PEDAGOGICO :			
FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	2	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales	1.1 Planeación Grupal, mínimo de dos encuentros,durante el mes (Formato ICBF), "con las cuatro planeaciones de las áreas corespondientes"	20%	Abril 25	ok		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (EIH)	2.1. Planeación Encuentro en el hogar (1 por cada participante) . 2.2 Cronograma de Visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/o 30 encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente.	20%	Abril 25	ok		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentación requerida tanto en físico como en drive (50)	3.1 Seguimiento mediante la **lista de chequeo** de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Acomodación de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalización de cada uno de los documentos de los participantes del GA_ 3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas)	15%	Abril 25	ok		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo los 14 de cada mes sus ingresos y egresos y edición de datos ____ durante el mes de Abril	4.1 Formato de ingresos y egresos 3 en el mes Marzo 4.2 Soportes de egreso 4.3 Soportes de ingreso 4.4. Organización de las carpetas en digital (El manejo sujeto a dinamicas internas bajo acta)	10%	Abril 25	ok		
		5.Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios,Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.	5.1 Formato Ram 5.2 Refrigerios 5.3 Formato RPP 5.4 Fotografias y registro fílmico uno a uno de la entrega de RPP - en power Point	10%	Abril 25	ok		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento	6.1 Formato de novedades por grupo de atención . (El manejo sujeto a dinamicas internas bajo acta)	10%	Abril 25	ok		
		7. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faciliten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	7.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS que se sean asignados. (JUEGOS NO ESTRUCTURADOS) Según sea estipulado en el salón comunal 7.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 7.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación. 7.4 Asistir a la jornada Reflexión Pedagógica y cualificación a talento humano	15%	Abril 25	ok		

FIRMA CONTRATISTA	Martha Cecilia
NOMBRE:	Martha Cecilia
C.C.	51930889

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Emilse Rojo
C.C.	52278634

LYBO
EBOM

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 51930289		GARZON MARTHA CECILIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 78 M # 6-53	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2499182	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-03	1413712696	9484417045	I	2025/04/23	2025/04/16	NEQUI	0	$420,700

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)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$14,900		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$14,900		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$14,900		$0	$0
1	CC 51930289	GARZON MARTHA	230251	30	$1,423,500	$227,800	EPS008	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,423,500	$14,900	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$14,900		$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 51930289		GARZON MARTHA CECILIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 78 M # 6-53	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2499182	No

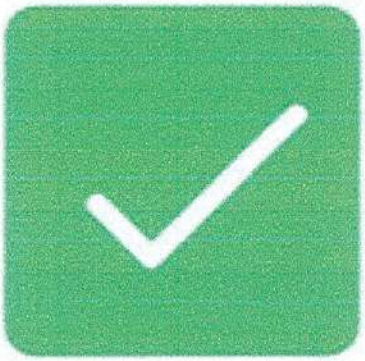
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-03	1413712696	9484417045	I	2025/04/23	2025/04/16	NEQUI	0	$420,700

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
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$14,900	$0	$0	$14,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$14,900	$0	$0	$14,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$420,700	$0	$0	$420,700

2025/04/15 06:44 PM

¡Pago exitoso!



Pago en	Aportes En Linea
¿Cuánto?	$ 420.700,00
Fecha	15 de abril de 2025 a las 06:44 p. m.
Referencia	M15264472

VIGILADO Superintendencia de Industria y Comercio

2 Cebolla
2 planilla

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

CUENTA DE COBRO No. 2

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
APC2025-EIH GRAN BRITALIA-CON068

NOMBRE: LUZ AMPARO FLÓREZ CASTRO
CEDULA: 1.010.201.231
CUENTA BANCARIA: 0550488450716953 BANCO: DAVIVIENDA AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: ($2.417.697) DOS MILLONES CUATROCIENTOS DIECISIETE MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS M/CTE.
PERIODO: **Fase Atención abril 2025**

CONCEPTO: Apoyo Pedagógico – EIH Kennedy Gestando Futuro Gran Britalia- contrato N.11007062025. 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: ($2.417.697) DOS MILLONES CUATROCIENTOS DIECISIETE MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y SIETE 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,

Luz Amparo Flórez C

NOMBRE: LUZ AMPARO FLOREZ CASTRO
C.C. 1.010.201.231
DR. CALLE 56 F SUR # 94 A 20
Telefono: 3157738151/ amparoflors@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 # 11007062025

PROGRAMA	EIH GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	Luz AMPARO FLOREZ CASTRO
CARGO	APOYO PEDAGOGICO UDS
PERIODO y FECHA	ABRIL

					APOYO PEDAGÓGICO :			
FASE	**PAGO No**	**PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES**	**FUENTES DE VERIFICACIÓN**	**PORCENTAJE**	**FECHA DE REVISION**	**CUMPLE**	**NO CUMPLE**	**OBSERVACIONES**
ATENCION	2	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales	1.1 Planeación Grupal, mínimo de dos encuentros,durante el mes (Formato ICBF), "con las cuatro planeaciones de las áreas corespondientes"	20%	Abril 25	OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (EIH)	2.1. Planeación Encuentro en el hogar (1 por cada participante) . 2.2 Cronograma de Visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/o 59 encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atención correspondiente.	20%	Abril 25	OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentación requerida tanto en físico como en drive (50)	3.1 Seguimiento mediante la **lista de chequeo** de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Acomodación de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalización de cada uno de los documentos de los participantes del GA _ 3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas)	15%	Abril 25	OK		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo los 14 de cada mes sus ingresos y egresos y edición de datos ____ durante el mes de Abril	4.1 Formato de ingresos y egresos 12 en el mes Marzo 4.2 Soportes de egreso 4.3 Soportes de ingreso 4.4. Organización de las carpetas en digital (El manejo sujeto a dinamicas internas bajo acta)	10%	Abril 25	OK		
		5.Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios,Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras	5.1 Formato Ram 5.2 Refrigerios 5.3 Formato RPP 5.4 Fotografías y registro fílmico uno a uno de la entrega de RPP - en power Point	10%	Abril 25	OK		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento	6.1 Formato de novedades por grupo de atención . (El manejo sujeto a dinamicas internas bajo acta)	10%	Abril 25	OK		
		7. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faciliten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	7.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS que se sean asignados. (JUEGOS NO ESTRUCTURADOS) Según sea estipulado en el salón comunal 7.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 7.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación. 7.4. Asistir a la jornada Reflexión Pedagógica y cualificación a talento humano	15%	Abril 25	OK		

FIRMA CONTRATISTA	Luz Amparo Flórez C
NOMBRE:	Luz Amparo Flórez Castro
C.C.	1010201231

FIRMA COORDINADORA	Emilce
NOMBRE:	Emilce
C.C.	52788676

Banco de Bogotá

Comprobante de compra y pagos virtuales PSE

Pago exitoso

Número de autorización 238202

Martes, 22 de abril de 2025, 3:12:55 p. m.

Detalle

$292.200

Valor Pagado

IVA incluído:	$0
Pago a:	APORTES EN LINEA
Débito desde:	Cuenta de Ahorros *6491
Descripción:	Pago de la Planilla de aportes con clave: 9483058988
Fecha y hora inicio transacción	2025-04-22 15:11:34
NIT del comercio	9999001472382
Número de factura	9483058988
Código Único de Seguimiento	1427059151
Dirección IP:	191.95.53.80
Referencia 1:	191.95.53.80
Referencia 2:	CC
Referencia 3:	1010201231

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 1010201231		FLOREZ CASTRO LUZ AMPARO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 7 sur # 94a 20	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-03	2025-03	1427059151	9483058988	I	2025/04/08	2025/04/22	BANCO DE BOGOTA	14	$292,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$159,500	$1,500	$0	$161,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$159,500	$1,500	$0	$161,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$5,300	$100	$0	$5,400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$5,300	$100	$0	$5,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$124,600	$1,200	$0	$125,800
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$124,600	$1,200	$0	$125,800
TOTAL				1	$289,400	$2,800	$0	$292,200

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 1010201231		FLOREZ CASTRO LUZ AMPARO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 7 sur # 94a 20	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
2025-03	2025-03	1427059151	9483058988	I	2025/04/08	2025/04/22	BANCO DE BOGOTA	14	$292,200

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)							$996,450	$159,500			$996,450	$124,600			$0	$0			$996,450	$5,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)							$996,450	$159,500			$996,450	$124,600			$0	$0			$996,450	$5,300		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)							$996,450	$159,500			$996,450	$124,600			$0	$0			$996,450	$5,300		$0	$0
1	CC	1010201231	FLOREZ LUZ	230301	21		$996,450	$159,500	EPS002	21	$996,450	$124,600		0	$0	$0	14-11	21	$996,450	$5,300	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**						$996,450	$159,500			$996,450	$124,600			$0	$0			$996,450	$5,300		$0	$0

Ciudad: BOGOTÁ D.C **Mes: ABRIL** **Día: 30** **Año: 2025**

CUENTA DE COBRO No. 3

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
APC2025-EIH-CON054

NOMBRE: LUZ HERMINDA CADENA AVENDAÑO
CEDULA: 1.033.676.702
CUENTA BANCARIA: 3024528086 BANCO: DAVIPLATA AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: ($2.417.697) DOS MILLONES CUATROCIENTOS DIECISIETE MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS M/CTE.
PERIODO: **Fase Atención Abril 2025**

CONCEPTO: Apoyo Pedagógico – EIH Kennedy Gestando Futuro Gran Britalia - del contrato N.11007062025. Con 50 Cupos.

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

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

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($2.417.697) DOS MILLONES CUATROCIENTOS DIECISIETE MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS M/CTE. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Emilce Rojas Aguilar
Coordinadora
C.C. 52.278.676

Aprobado por:

Ana Rocio Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

luz cadena

NOMBRE: LUZ HERMINDA CADENA AVENDAÑO
C.C. 1.033.676.702
DR. CLL 45 a sur # 24-27
Telefono: Tel 3024528086 / luzherca1985@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 # 11007062025

PROGRAMA	EIH GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	Luz Cadena
CARGO	APOYO PEDAGOGICO UDS
PERIODO y FECHA	ABRIL

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	APOYO PEDAGOGICO : FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	2	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales	1.1 Planeación Grupal, minimo de dos encuentros,durante el mes (Formato ICBF), "con las cuatro planeaciones de las áreas corespondientes"	20%	Abr.	ok		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de minimo 60 minutos de formación (EIH)	2.1. Planeación Encuentro en el hogar (1 por cada participante) . 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.	20%	Abr.	ok		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentación requerida tanto en fisico como en drive (50)	3.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Acomodación de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalización de cada uno de los documentos de los participantes del GA _ 3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas)	15%	Abr.	ok		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo los 14 de cada mes sus ingresos y egresos y edición de datos ____ durante el mes de Abril	4.1 Formato de ingresos y egresos 9 en el mes Marzo 4.2 Soportes de egreso 4.3 Soportes de ingreso 4.4. Organización de las carpetas en digital (El manejo sujeto a dinamicas internas bajo acta)	10%	Abr.	ok		
		5.Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios,Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.	5.1 Formato Ram 5.2 Refrigerios 5.3 Formato RPP 5.4 Fotografias y registro filmico uno a uno de la entrega de RPP - en power Point	10%	Abr.	ok		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento	6.1 Formato de novedades por grupo de atención . (El manejo sujeto a dinamicas internas bajo acta)	10%	Abr.	ok		
		7. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faciliten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	7.1 Ambientación de espacios fisicos de la UDS que se sean asignados. (JUEGOS NO ESTRUCTURADOS) Según sea estipulado en el salón comunal 7.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 7.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación. 7.4. Asistir a la jornada Reflexión Pedagógica y cualificación a talento humano	15%	Abr.	ok		

FIRMA CONTRATISTA	Luz Cadena Arendaño
NOMBRE:	Luz Cadena.
C.C.	1083676702

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Am. Lee R.
C.C.	52248676

VOBO EAMU

← Detalle del movimiento ? <

¡Pago exitoso!



Pago en	Aportes En Línea
Número de planilla	9484582990
¿Cuánto?	$ 418.700,00
Fecha	21 de abril de 2025 a las 05:43 p. m.
Referencia	M11552801
¿De dónde salió la plata?	Disponible

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 1033676702		CADENA AVENDAÑO LUZ HERMINDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 45A SUR 24-27	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3024528086	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-03	1000000952	9484582990	I	2025/04/02	2025/04/22	BANCO DE BOGOTA	20	$418,700

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)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$1,423,500**	**$227,800**			**$1,423,500**	**$178,000**			$0	$0			**$1,423,500**	**$7,500**		**$0**	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
1	CC 1033676702	CADENA LUZ	25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,423,500	$7,500	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				**$1,423,500**	**$227,800**			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$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 1033676702		CADENA AVENDAÑO LUZ HERMINDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 45A SUR 24-27	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3024528086	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-03	1000000952	9484582990	I	2025/04/02	2025/04/22	BANCO DE BOGOTA	20	$418,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$3,000	$0	$230,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$227,800	$3,000	$0	$230,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,500	$100	$0	$7,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$7,500	$100	$0	$7,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$2,300	$0	$180,300
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$178,000	$2,300	$0	$180,300
TOTAL				1	$413,300	$5,400	$0	$418,700

2025/04/22 09:23 AM

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

CUENTA DE COBRO No. 4

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NOMBRE: SOONER SUSANA CHAVES RODRIGUEZ
CEDULA: 52.847.653
CUENTA BANCARIA: 3208053272 BANCO: DAVIPLATA AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: ($ 2.417.697) DOS MILLONES CUATROCIENTOS DIECISIETE MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS M/CTE.
PERIODO: **Fase de Atención Abril 2025**

CONCEPTO: Apoyo Pedagógico – EIH Kennedy Gestando Futuro Gran Britalia contrato N. 11007062025. 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 ($2.417.697) Dos millones cuatrocientos diecisiete mil seiscientos noventa y siete pesos m/cte. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Emilce Rojas Aguilar
Coordinadora
C.C. 52.278.676

Aprobado por:

Ana Rocio Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

SOONER CHAVES.
NOMBRE: SOONER SUSANA CHAVES RODRIGUEZ
C.C. 52.847.653
DR. Cra 79 F No 46 - 16 sur
Telefono: 3208053272 / soonerchaves@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 # 11007062025

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

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	APOYO PEDAGOGICO : FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	2	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales	1.1 Planeación Grupal, mínimo de dos encuentros,durante el mes (Formato ICBF), "con las cuatro planeaciones de las áreas corespondientes"	20%	Abr.	OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (EIH)	2.1. Planeación Encuentro en el hogar (1 por cada participante) . 2.2 Cronograma de Visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/o 48 encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atención correspondiente.	20%	Abr.	OK		2 puerperios
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentación requerida tanto en físico como en drive (50)	3.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Acomodación de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalización de cada uno de los documentos de los participantes del GA _ 3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas)	15%	Abr.	OK		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo los 14 de cada mes sus ingresos y egresos y edición de datos ____ durante el mes de Marzo	4.1 Formato de ingresos y egresos 6 en el mes Marzo 4.2 Soportes de egreso 4.3 Soportes de ingreso 4.4. Organización de las carpetas en digital (El manejo sujeto a dinamicas internas bajo acta)	10%	Abr.	OK		
		5.Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios,Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.	5.1 Formato Ram 5.2 Refrigerios 5.3 Formato RPP 5.4 Fotografias y registro fílmico uno a uno de la entrega de RPP - en power Point 5.5 Formato de Bienestarina	10%	Abr.	OK		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento	6.1 Formato de novedades por grupo de atención . (El manejo sujeto a dinamicas internas bajo acta)	10%	Abr.	OK		
		7. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faciliten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	7.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS que se sean asignados. (JUEGOS NO ESTRUCTURADOS) Según sea estipulado en el salón comunal 7.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 7.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación. 7.4. Asistir a la jornada Reflexión Pedagógica y cualificación a talento humano	15%	Abr.	OK		

FIRMA CONTRATISTA	SOONER CHAVES
NOMBRE:	SOONER CHAVES
C.C.	52 847.653.

FIRMA COORDINADORA	Emilce
NOMBRE:	Emilce Roa
C.C.	52 [illegible] 970

VoBo

2:19 20 %

← 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
21 de abril de 2025

CUS
1424254285

¿Cuánto?
$ 416.100,00

Factura de comercio
85765922

Tu plata salió de:

 Disponible

Listo

Imprimir

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 **85765922** para el periodo de salud **2025-03** y pensiones **2025-03** de la siguiente forma.

TIPO	CODIGO	NOMBRE	NIT	COTIZANTE	DEPARTAMENTO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	INF	DIAS COTIZADOS	IBC	TARIFA APORTE	CLASE RIESGO	COTIZACION Y/O APORTE	PERIODO	NUMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERACION
Pensiones	25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	900336004	57	0															0	30	$1.423.500	0,16000		$227.800	Marzo - 2025	85765922	21/04/2025	N
Riesgos Laborales	14-11	ARL SURA	830903790	57	0															0	30	$1.423.500	0,00522	1	$7.500	Marzo - 2025	85765922	21/04/2025	N
Salud	EPS037	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	900156264	57	0															0	30	$1.423.500	0,12500		$178.000	Marzo - 2025	85765922	21/04/2025	N

El presente certificado se expide a los 21 días del mes Abril de 2025

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

Powered by CamScanner

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

CUENTA DE COBRO No. 3

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
APC2025-EIH-CON056

NOMBRE: YULIANA MARLEIDY MENDOZA CIPAGAUTA
CEDULA: 1.031.151.214
CUENTA BANCARIA:055048844364169 8 **BANCO:** DAVIVIENDA **AHORRO** _X_ **CORRIENTE** ___
LA SUMA DE: ($2'417.697) DOS MILLONES CUATROCIENTOS DIEZ Y SIETE MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS M/CTE.
PERIODO: Fase Atención Abril 2025

CONCEPTO: Apoyo pedagógico – EIH Kennedy Gestando Futuro Gran Britalia contrato N. 11007062025. 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: ($2'417.697) DOS MILLONES CUATROCIENTOS DIEZ Y SIETE MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS M/CTE. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Emilce Rojas Aguilar
Coordinadora
C.C. 52.278.676

Aprobado por:

Ana Rocio Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Yuliana Mendoza Cipagauta

NOMBRE: YULIANA MARLEIDY MENDOZA CIPAGAUTA
C.C. 1.031.151.214
DR. Tv 77h 71 a 56 sur
Telefono: 3016185851/ yulianacipagauta55@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 # 11007062025

PROGRAMA	EIH GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	Yuleisi Molina
CARGO	APOYO PEDAGOGICO UDS
PERIODO y FECHA	ABRIL

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	APOYO PEDAGOGICO : FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	2	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales	1.1 Planeación Grupal, minimo de dos encuentros,durante el mes (Formato ICBF), "con las cuatro planeaciones de las áreas corespondientes"	20%	Abril	OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (EIH)	2.1. Planeación Encuentro en el hogar (1 por cada participante) . 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	20%	Abril	OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentación requerida tanto en físico como en drive (50)	3.1 Seguimiento mediante la **lista de chequeo** de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Acomodación de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalización de cada uno de los documentos de los participantes del GA _ 3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas)	15%	Abril	OK		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo los 14 de cada mes sus ingresos y egresos y edición de datos ____ durante el mes de Abril	4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes Marzo 4.2 Soportes de egreso 4.3 Soportes de ingreso 4.4. Organización de las carpetas en digital (El manejo sujeto a dinamicas internas bajo acta)	10%	Abril	OK		
		5 Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios,Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.	5.1 Formato Ram 5.2 Refrigerios 5.3 Formato RPP 5.4 Fotografias y registro filmico uno a uno de la entrega de RPP - en power Point	10%	Abril	OK		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento	6.1 Formato de novedades por grupo de atención . (El manejo sujeto a dinamicas internas bajo acta)	10%	Abril	OK		
		7. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faciliten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	7.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS que se sean asignados. (JUEGOS NO ESTRUCTURADOS) Según sea estipulado en el salón comunal 7.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 7.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación. 7.4. Asistir a la jornada Reflexión Pedagógica y cualificación a talento humano	15%	Abril	OK		

FIRMA CONTRATISTA	Yuleisi Molina
NOMBRE:	Yuleisi Molina
C.C.	1031157774

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Emilse Rojas
C.C.	52218597

UPBEANU

¡Hola, Yuliana Mendoza!

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: $ 416.600

Empresa: APORTES EN LINEA

Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9483143260

Fecha de la transacción: 14/04/2025

CUS: 1410976222

Gracias por utilizar nuestro servicio.

Ten encuenta estos tips de seguridad:

- Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.
- No abras enlaces sospechosos.
- Cambia tus contraseñas con regularidad.
- Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.
- Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.

Para mayor información comunícate con nosotros:

En Bogotá: +57 (601) 3808890 Opción 5

aportes en línea

Comprobante Liquidación

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon social	Clase Aportante	Sucursal principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1031151214		MENDOZA CIPAGAUTA YULIANA MARLEIDY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Tv77h71a56sur	BOAVITA-BOYACA	5725990	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-04		9484785912	I	2025/05/06			0	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500			$0	$0		$413,300
Centro de trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500			$0	$0		$413,300
Ciudad: BOAVITA Depto: BOYACA (1 Afiliados)																						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500			$0	$0		$413,300
1	CC	1031151214	MENDOZA YULIANA																	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS008	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,423,500	$7,500	0	$0	$0	No	$413,300
Total Afiliados (1)																						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500			$0	$0		$413,300

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
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,500	$0	$0	$7,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$7,500	$0	$0	$7,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$413,300	$0	$0	$413,300

Ciudad: BOGOTÁ D.C Mes: ABRIL 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-EIH-CON002

NOMBRE: CARLOS LUGO GOMEZ
CEDULA: 1.023.963.411
CUENTA BANCARIA: 3153491616 BANCO: DAVIPLATA AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: ($2.417.697) DOS MILLONES CUATROCIENTOS DIECISIETE MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS M/CTE.
PERIODO: **Fase Atención abril 2025**

CONCEPTO: Administrativo – EIH Kennedy Gestando Futuro GRAN BRITALIA - del contrato N.11007062025. 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: ($2.417.697) DOS MILLONES CUATROCIENTOS DIECISIETE MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y SIETE 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, Carlos Lugo G.

NOMBRE: CARLOS LUGO GOMEZ
C.C. 1.023.963.411
DR. CARRERA 3 # 0-39 SUR
Telefono: 3153491616 / carlos_97lugomez @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 PO[illegible]GO
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
CTO # 11007062025

PROGRAMA	EIH GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	CARLOS LUGO GOMEZ
CARGO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO
PERIODO y FECHA	ABRIL

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	4	1. Manejo, registro e informe de plataforma CUENTAME DEBE ESTAR AL 100% LOS PARTICIPANTES Nota aclaratoria. No se puede egresar participantes sin la toma de talla y peso.	1.1 Cargue de: Participantes Nuevos 300 de la UDS delegada 1.2 Cargue de Talento Humano Nuevo 18 de la UDS delegada 1.3 Cargue de las formaciones de los Participantes, 100% participantes 1.4 Cargue de formatos de la atencion (RAM) 1.5 Cargue de directorio	40%	Abril	Ok		
		2. Sistematizacion de la Informacion relacionada con los participantes con calidad del dato.	2.1 Directorio de los participantes actualizado de la UDS delegada, mes de abril con la calidad veracidad, pertinencia y completitud. 2.2 Realizacion de formatos RAM, Refrigerios, Bienestarina y entrega de RPP	30%	Abril	Ok		
		3. Organizar el archivo fisico y garantizar la seguridad de la informacion de los participantes.	3.1 Archivo fisico de la UDS delegada (Oficios de gestion, actas de equipo, en el marco de los componentes) 3.2 Carpetas de los participantes vinculados a la UDS ____ Participantes	10%	Abril	Ok		
		4. solicitud de Refrigerios, semanal MIERCOLES 10 am	4.1 Kardex de ingresos y egresos de pedidos de refrigerios 4.2 Consolidado del mes 4.3 Diligensamiento en el drive de la solicitud de pedidos de refrigerios semanal (jueves de cada semana)	15%	Abril	N/A		
		5. Inventario 2025	5.1 Realizar la consolidacion y actualizacion de los inventarios en el excel correspondiente 5.2 Inventario de equipos	5%	Abril	N/A		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Carlos Lugo G.
NOMBRE:	Carlos Lugo G.
C.C.	1023965411

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	52. 278. 676
C.C.	

V°B°
CAMV

Resumen de pago

Descripción de compra
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Estado de la solicitud
Transacción aprobada

Tienda
COMPENSAR-CI

Fecha de solicitud
29 de abril de 2025

CUS
1441966029

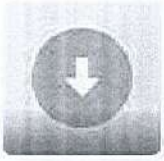
¿Cuánto?
$ 413.300,00

Factura de comercio
86105848

Tu plata salió de:


Disponible

Listo



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	1023963411	CARLOS LUGO GOMEZ		Carrera 3 #0-39 sur	7354113	carlos_97lugomez@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-04	2025-04	I	29/04/2025	86105848	$413.300	

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	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	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
230301	Porvenir	800224808-8	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	7.500				7.500	0	0	7.500			75	7.500	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	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	7.500	7.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	413.300	413.300

PAGADA

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

Ciudad: BOGOTÁ D.C Mes: ABRIL 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-EIH-CON031

NOMBRE: MARYORY JOHANNA MAYORAL CERQUERA
CEDULA: 52.517.201
CUENTA BANCARIA: 3197054399 BANCO: DAVIPLATA AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: ($3.785.260) TRES MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS SESENTA PESOS M/CTE.
PERIODO: **Fase Atención abril 2025**

CONCEPTO: COORDINADORA – **EIH Kennedy Gestando Futuro PERIODISTAS - del contrato N.11007062025. 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: ($3.785.260) TRES MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS SESENTA 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 A. Moreno Vargas
Coordinadora
C.C. 52.357.450

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Johanna Mayoral C

NOMBRE: MARYORY JOHANNA MAYORAL CERQUERA
C.C. 52.517.201
DR. CALLE 58 A SUR No. 66-39
Teléfono: 3155573028 / johannamayoralc0@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 # 11007063025

PROGRAMA	ENGESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	Johanna Londoño C. C.
CARGO	COORDINADOR
PERIODO y FECHA	ABRIL

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	3	1. Informe Técnico, que de cuenta de la ejecución de cada uno de los componentes en el primer mes de Atención	1.1 Formato FB contractual (Ú entre todos, de acuerdo a lo delegado Casilla Amarilla) 1.2. Organización Drive x Unidad con los estándares del Contractual y cargar los soportes Existentes. 1.3 Formato fB Acciones 1.4 Formato Word, Seguimiento y monitoreo Duplas (Máximo 1 hoja), libre construcción	20%	Abril - 25	OK		
		2. Velar por mantener el th y tener al día el archivo de los mismos	2.1. Matriz de Talento Humano Actualizada - Con Egresos e ingresos ocurridos en el mes	5%	Abril - 25	OK		
		3. Organizar, Monitorear e informar las especificaciones de la cobertura y población a atender	3.1 Formato Certificación de Cobertura 3.2 Formato población Migrante 3.3 Formato Desplazados 3.4. Formato Metas Sociales	10%	Abril - 25	OK		
		4. Novedades de Ingresos y egresos Durante el mes de Abril	4.1 Formato de Novedades de la UDS, _____ Casos, junto con sus soportes	5%	Abril - 25	OK		
		5. Monitorear el cumplimiento Cuentame al 100% Mensual **Nota aclaratoria:** No se puede egresar participantes de Abril sin la toma de talla y peso.	5.1. Cargue de :Participantes Nuevos _____de la UDS delegada 100% 5.2. Cargue del 100% Nutricional, participantes Nuevos_____ 5.3 Actualización de Talento Humano Nuevo 5.3. Cargue de Formación al 100%, (4 formaciones por persona)	5%	Abril - 25	OK		
		6. Organizar, Monitorear y acompañar: * Entrega de RPP * Entrega de Refrigerios *Acompañar y apoyar la entrega de RPP	6.1. Formatos RPP - 18 Listados en total_ 3 por AE (Tener los físicos para verificar _ organizados en una AZ legajados por unidad) 6.2 Formatos de Refrigerio - 72 listados en total _12 por AE (Tener los físicos para verificar_organizados en una AZ legajados por unidad)	15%	Abril - 25	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 AE (Tener los físicos para verificar organizados en una AZ legajados por unidad)	15%	Abril - 25	OK		
		8. Construcción de la nómina recepcion y verificación de la documentación para formalización.	8.1. Formato de nómina en excell REVISAR Y VERIFICAR LA NOMINA 8.2. Chek list de nómina por cargo (100% de los soportes relacionados) de la UDS asignada 8.3. Certificación de cumplimiento. de las 18 Personas del equipo. (Verificación Técnica)	10%	Abril - 25	OK		
		9 Monitorear y acompañar el proceso de inventarios 2025	9.1 Realizar la consolidación de los inventarios en el excell correspondiente, de lo recibido , verificando lo que esta en la sede resaltandolo en un color por sede e incluyendolo en el excel . Para el mes de febrero: 9.2. Inventario de equipos Audiovisuales y Elementos entregados por APC	5%	Abril - 25	OK		
		10. Avances SIGE	10.1 Organización Carpetas físicas y digitales por unidad 10.2 Incluir los doc de avances de acuerdo a los estandares	10%	Abril - 25	OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Johanna Londoño C.
NOMBRE:	
C.C.	52511201

FIRMA COORDINADORA	Diana Nieto
NOMBRE:	
C.C.	52.357.458 BIN

"Nequi

Resumen de pago

Descripción de compra
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Estado de la solicitud
Transacción aprobada

Tienda
COMPENSAR-OI

Fecha de solicitud
10 de abril de 2025

CUS
1403280639

Referencia Nequi
M16210962

¿Cuánto?
$ 415.900,00

Valor de los impuestos
$ 0,00

Número de referencia 2
CC

Número de referencia 3
52517201

Factura de comercio
85766619

Tu plata salió de:

Disponible

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52517201	MARYORY JOHANNA MAYORAL CERQUERA	Calle 58 a sur # 68 -39 apto 303	3155573028	johannamayoralc0@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		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	
2025-03	2025-03	I	11/04/2025	85766619	$415.900	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	178.000	0		0		0	9	1.100	0	179.100	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	227.800	0	0	0	0	9	1.400	0	229.200	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	7.500				7.500	9	100	7.600			75	7.600	1

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

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	9	0	0	0
ICBF				
0	9	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	179.100
Pensión	1	227.800	229.200
Riesgos Laborales	1	7.500	7.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	413.300	415.900

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52517201	MARYORY JOHANNA MAYORAL CERQUERA		Calle 58 a sur # 68 -39 apto 303	3155573028	johannamayoralc0@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		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	
2025-03	2025-03	I	11/04/2025	85766619	$415.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	IRD	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	52517201	MAYORAL CERQUERA MARYORY JOHANNA	59	0			N																	25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	1	7.500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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

CUENTA DE COBRO No. 3

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
APC2025-EIH-CON031

NOMBRE: ANA JAZMIN BECERRA GALLO
CEDULA: 52.931.661
CUENTA BANCARIA: 0550488451251034 BANCO: DAVIVIENDA AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: ($2.670.988) DOS MILLONES SEISCIENTOS SETENTA MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS M/CTE.
PERIODO: **Fase Atención Abril 2025**

CONCEPTO: Agente Educativa Perfil 1 – EIH Kennedy Gestando Futuro Periodistas - del contrato N.11007062025. 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: ($2.670.988) DOS MILLONES SEISCIENTOS SETENTA MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS M/CTE Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Johanna Mayoral

JOHANNA MAYORAL CERQUERA
Coordinadora
C.C. 52.517.201

Aprobado por:

Ana Rocio Quiroz
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

JAZMIN BECERRA

NOMBRE: ANA JAZMIN BECERRA GALLO
C.C. 52.931.661
DR.KRA 77 L # 49-30 SUR
Teléfono: 3113583358/ jaz_misita27@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 # 11C07062025

PROGRAMA	EIH GESTANDO FUTURO
NOMBRE	Jazmin Becerra
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	ABRIL

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	3	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales	1.1 Planeación Grupal, minimo de dos encuentros,durante el mes (Formato ICBF), "con las cuatro planeaciones de las áreas corespondientes" 1.2.Intensionalidad y planeaciones con un hilo conductor.	20%	Abril-29-2025	OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (EIH)	2.1. Planeación Encuentro en el hogar (1 por cada participante) . 2.2 Cronograma de Visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 ____encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente. 2.3.Intensionalidad y planeaciones con un hilo conductor.	20%	Abril-29-2025	OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentación requerida tanto en físico como en drive (50)	3.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Acomodación de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalización de cada uno de los documentos de los participantes del GA _ 3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas)	15%	Abril-29-2025	OK		
		4.Informar Ingresos y egresos al administrativo y edición de datos correspondientes al mes de abril deben ser informados y reportados a más tardar el 14 de abril.	4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes ABRIL 4.4. Organización de las carpetas en digital (El manejo sujeto a dinamicas internas bajo acta)	10%	Abril-29-2025	OK		
		5.Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios,Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.	5.1 Formato Ram 5.2 Refrigerios 5.3 Formato RPP 5.4 Fotografías y registro fílmico uno a uno de la entrega de RPP - en power Point 5.5 Formato de Bienestarina Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni enmendaduras	10%	Abril-29-2025	OK 02/05/2025		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento	6.1 Formato de novedades por grupo de atención . (El manejo sujeto a dinamicas internas bajo acta)	10%	Abril-29-25	OK		
		7. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faciliten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	7.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS que se sean asignados (JUEGOS NO ESTRUCTURADOS). Según sea estipulado en el salón comunal 7.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 7.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientacion. 7.4 Asistir a la jornada de cualificacion a talento humano y reflexion pedagógica.	15%	Abril-29-2025	OK		
				TOTAL 100%				

FIRMA CONTRATISTA	Jazmin Becerra
NOMBRE:	Jazmin Becerra
C.C.	52931660

FIRMA COORDINADORA	Johanna Vargas
NOMBRE:	Johanna Vargas
C.C.	52.514.201

Vobo

COMPENSAR
NIT 860066942-7
RECAUDO MIPLANILLA

FECHA Y HORA TRANSACCIÓN: 2025/04/15 - 12:27 p. m.
DOCUMENTO: CC 52931661
NOMBRE USUARIO:
ANA JAZMIN BECERRA GALLO
MODULO: KENPAR01
ID PAGO:44561882

NO PLANILLA: 8385198844
PERIODO DE PAGO: marzo
VALOR PAGADO: $ 413300

TOTAL: $ 413300
EFECTIVO: $ 420000
CAMBIO: $ 6700

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

Señor(a): ANA JAZMIN BECERRA GALLO
No. Identificación: CC52931661
Dirección: CARRERA 77 L # 49 30 SUR
Telefono: 3113583358
Correo: jaz_misita27@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 85198844

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	85198844
Fecha pago	2025-04-15
Número de autorización pago	1943578
Banco	1083

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	marzo de 2025
Periodo de Cotización Pensión	marzo de 2025
Número de Administradoras	3
Total Pagado	413300
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	7500	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	227800	1
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	178000	1

85198844

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

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS017	25-14	1423500	1423500	1423500	0	178000	0	227800	0	7500	0

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

Ciudad: BOGOTÁ D.C **Mes: ABRIL** **Día: 30** **Año: 2025**

CUENTA DE COBRO No. 3

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
APC2025-EIH-CON043

NOMBRE: ANGELA LILIANA CARO PULIDO
CEDULA: 52.750.469
CUENTA BANCARIA: 3183940086 BANCO: DAVIVIENDA AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: ($2.670.988) DOS MILLONES SEISCIENTOS SETENTA MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS M/CTE.
PERIODO: **Fase de atención Abril 2025**

CONCEPTO: agente educativa – EIH Kennedy Gestando Futuro periodistas del contrato N. 11007062025. 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: ($2.670.988) dos millones seiscientos setenta mil novecientos ochenta y ocho pesos m/cte. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Johanna Mayoral

Johanna Mayoral Cerquera
Coordinadora
C.C. 52.517.201

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: ANGELA LILIANA CARO PULIDO
C.C. 52.750.469
DR. KR 78 f 0-33
Teléfono: 3183940086 / angelkarito3350@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 # 11007062025

PROGRAMA	EIH GESTANDO FUTURO
NOMBRE	Angela Liliana Cano
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	ABRIL

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	3	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales	**1.1** Planeación Grupal, mínimo de dos encuentros, durante el mes (Formato ICBF), "Con las cuatro planeaciones de las áreas correspondientes" 1.2. Intencionalidad y planeaciones con un hilo conductor.	20%	Abril-2025			
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (EIH).	**2.1.** Planeación Encuentro en el hogar (1 por cada participante). **2.2** Cronograma de Visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los ___50 ____encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atención correspondiente. **2.3.** Intencionalidad y planeaciones con un hilo conductor.	20%	Abril-2025			
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentación requerida tanto en físico como en drive (50)	**3.1** Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante **3.2** Acomodación de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA **3.3** Digitalización de cada uno de los documentos de los participantes del GA _ **3.4** Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas)	15%	Abril-2025			
		4.Informar ingresos y egresos al administrativo y edición de datos correspondientes al mes de abril deben ser informados y reportados a más tardar el 14 de ABRIL.	4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes ABRIL 4.2 Organización de las carpetas en digital (El manejo sujeto a dinámicas internas bajo acta)	10%	Abril-2025			
		5.Entrega de Formatos de RAM, Refrigerios, Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.	5.1 Formato RAM 5.2 Refrigerios 5.3 Formato RPP 5.4 Fotografías y registro fílmico uno a uno de la entrega de RPP - en power Point 5.5 Formato de Bienestarina Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni enmendaduras	10%	Abril-2025			
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algún documento	**6.1 Formato de novedades por grupo de atención.(El manejo sujeto a dinámicas internas bajo acta)**	10%	Abril-2025			
		7. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faciliten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	**7.1** Ambientación de espacios físicos de la UDS que se sean asignados (JUEGOS NO ESTRUCTURADOS). Según sea estipulado en el salón comunal **7.2** Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. **7.3** Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación. **7.4** Asistir a la jornada de cualificación a talento humano y reflexión pedagógica.	15%	Abril-2025			
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	Angela Cano
C.C.	52450469.

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Johanna Pacheco
C.C.	52517201

VoBo

¡Pago exitoso!



Pago en	Aportes En Linea
¿Cuánto?	$ 420.700,00
Fecha	11 de abril de 2025 a las 12:25 p. m.
Referencia	M5418115

VIGILADO Superintendencia Financiera de Colombia

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
2025-03	2025-03	1404508513	9483842571	I	2025/04/15	2025/04/11	NEQUI	0	$420,700

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)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$14,900		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$1,423,500**	**$227,800**			**$1,423,500**	**$178,000**			$0	$0			**$1,423,500**	**$14,900**		**$0**	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					**$1,423,500**	**$227,800**			**$1,423,500**	**$178,000**			$0	$0			**$1,423,500**	**$14,900**		**$0**	$0
1	CC 52750469	CARO ANGELA	230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS008	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,423,500	$14,900	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				**$1,423,500**	**$227,800**			**$1,423,500**	**$178,000**			$0	$0			**$1,423,500**	**$14,900**		**$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
2025-03	2025-03	1404508513	9483842571	I	2025/04/15	2025/04/11	NEQUI	0	$420,700

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
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$14,900	$0	$0	$14,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$14,900	$0	$0	$14,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$420,700	$0	$0	$420,700

Ciudad: BOGOTÁ D.C **Mes: ABRIL** **Día: 30** **Año: 2025**

CUENTA DE COBRO No. 3

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
APC2025-EIH KENNEDY-CON036

NOMBRE: ANGIE TATIANA CANTOR SEQUEDA
CEDULA: 1.024.565.233
CUENTA BANCARIA: 3193043202 BANCO: DAVIPLATA AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: ($2.670.988) DOS MILLONES SEISCIENTOS SETENTA MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS M/CTE.
PERIODO: **Fase Atención abril 2025**

CONCEPTO: Agente Educativo – EIH Kennedy Gestando Futuro Periodistas - del contrato N.11007062025. 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: ($2.670.988) DOS MILLONES SEISCIENTOS SETENTA MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS M/CTE. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Johanna Mayoral

Johanna Mayoral Cerquera
Coordinadora
C.C. 52.517.201

Aprobado por:

Ana Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Angie Cantor

NOMBRE: ANGIE TATIANA CANTOR SEQUEDA
C.C. 1.024.565.233
DR. CL 23 SUR # 16 B 26
Telefono: 3193043202 / angiet.cantor@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 # 11007062025

PROGRAMA	EIH GESTANDO FUTURO
NOMBRE	Angie Tatiana Cantor
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	ABRIL

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	3	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales	1.1 Planeación Grupal, mínimo de dos encuentros, durante el mes (Formato ICBF), "Con las cuatro planeaciones de las áreas correspondientes" 1.2. Intencionalidad y planeaciones con un hilo conductor.	20%	Abril-2025	OK.		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (EIH).	2.1. Planeación Encuentro en el hogar (1 por cada participante). 2.2 Cronograma de Visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los ___50___encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atención correspondiente. 2.3. Intencionalidad y planeaciones con un hilo conductor.	20%	Abril-2025	OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentación requerida tanto en físico como en drive (50)	3.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Acomodación de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalización de cada uno de los documentos de los participantes del GA _ 3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas)	15%	Abril-2025	OK		
		4.Informar Ingresos y egresos al administrativo y edición de datos correspondientes al mes de abril deben ser informados y reportados a más tardar el 14 de ABRIL.	4.1 Formato de Ingresos y egresos _____ en el mes ABRIL 4.2 Organización de las carpetas en digital (El manejo sujeto a dinámicas internas bajo acta)	10%	Abril-2025	OK		
		5.Entrega de Formatos de RAM, Refrigerios, Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.	5.1 Formato RAM 5.2 Refrigerios 5.3 Formato RPP 5.4 Fotografías y registro fílmico uno a uno de la entrega de RPP - en power Point 5.5 Formato de Bienestarina Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni enmendaduras	10%	Abril-2025	OK		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algún documento	6.1 Formato de novedades por grupo de atención.(El manejo sujeto a dinámicas internas bajo acta)	10%	Abril-2025	OK		
		7. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faciliten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	7.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS que se sean asignados (JUEGOS NO ESTRUCTURADOS). Según sea estipulado en el salón comunal 7.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 7.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación. 7.4 Asistir a la jornada de cualificación a talento humano y reflexión pedagógica.	15%	Abril-2025	OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	ANGIE CANTOR
NOMBRE:	Angie Tatiana Cantor
C.C.	1024563233

FIRMA COORDINADORA	Johanna Alvarado
NOMBRE:	
C.C.	52517201

Vobo

← Comprobante de pago

Nequi

¡Pago exitoso!



Pago en	Simple Oi
¿Cuánto?	$ 423.000,00
Fecha	11 de abril de 2025 a las 10:38 a. m.
Referencia	M3472488

VIGILADO Superintendencia Financiera de Colombia

Simple

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2025-04-11, 10:38:00 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	marzo de 2025
Periodo de Cotización Para Salud	marzo de 2025
Empresa	ANGIE CANTOR
CEDULA CIUDADANIA	CC 1024565233
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1071903395
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1404215621
Banco	(1507) - NEQUI
Valor	$ 423.000
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N800229739	230201	PROTECCION	1	$ 227.800	$ 500
N830003564	EPS017	FAMISANAR	1	$ 178.000	$ 400
N890903790	14-11	ARL SURA	1	$ 7.500	$ 100
N860013570	CCF21	CAFAM	1	$ 8.600	$ 100

SubTotales:	$ 421.900	$ 1.100
Total a Pagar:		$ 423.000

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!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

CUENTA DE COBRO No. 3

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
APC2025-EIH PERIODISTAS-CON041

NOMBRE: JOSELITO RODRIGUEZ GALEANO
CEDULA: 1.116.916.542
CUENTA BANCARIA: 3214862534 BANCO: DAVIVIENDA AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: ($2.670.988) DOS MILLONES SEISCIENTOS SETENTA MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS M/CTE.
PERIODO: **Fase Atención Abril 2025**

CONCEPTO: Agente Educativo – EIH Kennedy Gestando Futuro Periodistas - del contrato N.11007062025. 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: ($2.670.988) DOS MILLONES SEISCIENTOS SETENTA MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS M/CTE. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Johanna Mayoral

Johanna Mayoral
Coordinadora
C.C. 52.517.201

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: JOSELITO RODRIGUEZ GALEANO
C.C. 1.116.916.542
DR. CL 27 BIS SUR 12 K 27 00501 GUSTAVO RESTREPO
Telefono: 3214862534 / JOELITO.198863@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 # 1109702025

PROGRAMA	BIII GESTANDO FUTURO
NOMBRE	Joselito Rodriguez Galeano
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	ABRIL

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	3	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales	1.1 Planeación Grupal, mínimo de dos encuentros,durante el mes (Formato ICBF), "con las cuatro planeaciones de las áreas corespondientes" 1.2.Intensionalidad y planeaciones con un hilo conductor.	20%	Abril-2025			
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (EIH)	2.1. Planeación Encuentro en el hogar (1 por cada participante) . 2.2 Cronograma de Visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 ____encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente. 2.3.Intensionalidad y planeaciones con un hilo conductor.	20%	Abril-2025			
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentación requerida tanto en físico como en drive (50)	3.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Acomodación de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalización de cada uno de los documentos de los participantes del GA _ 3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas)	15%	Abril-2025			
		4.Informar Ingresos y egresos al administrativo y edición de datos correspondientes al mes de abril deben ser informados y reportados a más tardar el 14 de abril.	4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes ABRIL 4.4. Organización de las carpetas en digital (El manejo sujeto a dinamicas internas bajo acta)	10%	Abril-2025			
		5.Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios,Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.	5.1 Formato Ram 5.2 Refrigerios 5.3 Formato RPP 5.4 Fotografías y registro fílmico uno a uno de la entrega de RPP - en power Point 5.5 Formato de Bienestarina Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni enmendaduras	10%	Abril-2025			
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento	6.1 Formato de novedades por grupo de atención . (El manejo sujeto a dinamicas internas bajo acta)	10%	Abril-2025			
		7. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faciliten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	7.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS que se sean asignados (JUEGOS NO ESTRUCTURADOS). Según sea estipulado en el salón comunal 7.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 7.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación. 7.4 Asistir a la jornada de cualificación a talento humano y reflexion pedagogica.	15%	Abril-2025			
				TOTAL 100%				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	Joselito Rodriguez G.
C.C.	1116916582

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Johanna Vargas
C.C.	52517201

Lopo

8:37 63%

Aprobada - CUS 1403756468

Recibidos

serviciopse@... 11 abr

para mí



¡Hola, Joselito Rodríguez Galeano !

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

Estado de la Transacción: Aprobada
CUS: 1403756468
Empresa: APORTES EN LINEA
Descripcion: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9480661413
Valor de la Transaccion: $ 414.000
Fecha de Transaccion: 11/04/2025

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.

Responder

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
2025-03	2025-03	1403756468	9483561413	I	2025/04/09	2025/04/11	NEQUI	2	$414,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO									NOVEDADES																												
No.	Tipo Id	No Id	Nombre	Tipo Cotizante	Horas Laboradas	Extranjero	Temp. Ext.	Fecha Radicación en el Exterior	Ing	Fecha Ing	Ret	Fecha Ret	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha Inicio VSP	COR	VST	SLN	Fecha Inicio SLN	Fecha Fin SLN	IGE	Fecha Inicio IGE	Fecha Fin IGE	LMA	Fecha Inicio LMA	Fecha Fin LMA	VAC-LR	Fecha Inicio VAC-LR	Fecha Fin VAC-LR	AVP	VC
1	CC	1116916542	RODRIGUEZ GALEANO JOSELITO	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes	0	No	No																												
Total	**Afiliados(1)**																																		

2025/04/21 02:39 p.m.

			CCF					RIESGOS						PARAFISCALES										
	Total	EPS Destino	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Clase Riesgo	Valor Cotización	Días	IBC	Tarifa SENA	Valor Cotización SENA	Tarifa ICBF	Valor Cotización ICBF	Tarifa ESAP	Valor Cotización ESAP	Tarifa MEN	Valor Cotización MEN	Exonerado SENA e ICBF
0	$ 178.000			0	$ 0	0%	$ 0	ARL SURA	30	$ 1.423.500	0,522%	1	$ 7.500	0	$ 0	0%	$ 0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	No
	$ 178.000						$ 0						$ 7.500				$ 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
2025-03	2025-03	1403756468	9483561413	I	2025/04/09	2025/04/11	NEQUI	2	$414,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$300	$0	$228,100
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$227,800	$300	$0	$228,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,500	$100	$0	$7,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$7,500	$100	$0	$7,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$300	$0	$178,300
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$178,000	$300	$0	$178,300
TOTAL				1	$413,300	$700	$0	$414,000

							SALARIO			PENSION													SALUD					
t	Fecha Inicio vct	Fecha Fin vct	irl	Fecha Inicio irl	Fecha Fin irl	vip	Valor	Integral	Tipo de Salario	Administradora	Dias	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	Dias	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Valor UPC
							$ 1.423.500	No		PORVENIR	30	$ 1.423.500	16%	SIN RIESGO	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 227.800		NUEVA E.P.S.	30	$ 1.423.500	12.5%	$ 178.000	$
																					$ 227.800						$ 178.000	

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

CUENTA DE COBRO No. 3

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
APC2025-EIH-CON039

NOMBRE: SANDRA YACKELIN PINZON SALCEDO
CEDULA: 1.030.549.541
CUENTA BANCARIA: 3164532712 BANCO: DAVIPLATA AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: ($2.670.988) DOS MILLONES SEISCIENTOS SETENTA MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS M/CTE.
PERIODO: **Fase Atención abril 2025**

CONCEPTO: Agente Educativa – EIH Kennedy Gestando Futuro Periodistas - contrato N.11007062025. 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: ($2.670.988) DOS MILLONES SEISCIENTOS SETENTA MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS M/CTE. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Johanna Mayoral

Johanna Mayoral Cerquera
Coordinadora
C.C. 52.517.201

Aprobado por:

Ana Rocio Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Sandra Y. Pinzón Salcedo.

NOMBRE: Sandra Yackelin Pinzon Salcedo
C.C. 1.030.549.541
DR. Carrera 78 B # 36 – 13 Sur
Telefono: 3164532712 / 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.

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO POR CARGO
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
CTO # 1302062025

PROGRAMA	EN GESTANDO FUTURO
NOMBRE	Sandra Yadelin Pinzón Salcedo
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	ABRIL

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	3	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales	1.1 Planeación Grupal, mínimo de dos encuentros,durante el mes (Formato ICBF), "con las cuatro planeaciones de las áreas corespondientes" 1.2.Intensionalidad y planeaciones con un hilo conductor.	20%	Abril-29-25	OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (EIH)	2.1. Planeación Encuentro en el hogar (1 por cada participante) . 2.2 Cronograma de Visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 ____encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente. 2.3.Intensionalidad y planeaciones con un hilo conductor.	20%	Abril-29-25	OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentación requerida tanto en físico como en drive (50)	3.1 Seguimiento mediante la **lista de chequeo** de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Acomodación de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalización de cada uno de los documentos de los participantes del GA _ 3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas)	15%	Abril-29-25	OK		
		4.Informar Ingresos y egresos al administrativo y edición de datos correspondientes al mes de abril deben ser informados y reportados a más tardar el 14 de abril.	4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes ABRIL 4.4. Organización de las carpetas en digital (El manejo sujeto a dinamicas internas bajo acta)	10%	Abril-29-25	OK		
		5.Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios,Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.	5.1 Formato Ram 5.2 Refrigerios 5.3 Formato RPP 5.4 Fotografías y registro fílmico uno a uno de la entrega de RPP - en power Point 5.5 Formato de Bienestarina Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni enmendaduras	10%	Abril-29-25	OK 02/05/2025		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algun documento	6.1 Formato de novedades por grupo de atención . (El manejo sujeto a dinamicas internas bajo acta)	10%	Abril-29-25	OK		
		7. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faciliten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	7.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS que se sean asignados (JUEGOS NO ESTRUCTURADOS). Según sea estipulado en el salón comunal 7.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagogica 7.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientacion. 7.4 Asistir a la jornada de cualificación a talento humano y reflexión pedagógica.	35%	Abril-29-25	OK		
				TOTAL 100%				

FIRMA CONTRATISTA	Sandra Yadelin Pinzón Salcedo
NOMBRE:	Sandra Yadelin Pinzón Salcedo
C.C.	1035549541

FIRMA COORDINADORA	Johanna Alvarado
NOMBRE:	Johanna Alvarado
C.C.	52517201

V°B°

Valida tus planillas | Realiza tu Pago Seguro | Recibe tu comprobante

COMPROBANTE DE PAGO ELECTRÓNICO

Estimado(a) Aportante, a continuación se muestra el detalle del pago:

Nit de la Empresa:	1030549541
Nombre de la Empresa:	SANDRA YACKELIN PINZON SALCEDO
Nombre del comercio:	ASOPAGOS S.A.

Valor del pago:	$416.600
Fecha Transacción:	2025-04-19 11:52
Estado Transacción:	APROBADA
Banco:	BANCO DAVIVIENDA
Nro. Transación - CUS:	1420535893
Número de Planilla:	32928544
Descripción:	Pago de seguridad Social Integrado
Dirección IP:	10.10.11.80

Imprimir Volver

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	SANDRA YACKELIN PINZON SALCEDO
IDENTIFICACIÓN:	CC-1030549541
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-04-19
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-04-21
FECHA DE PAGO:	2025-04-21
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DAVIVIENDA
PERÍODO PENSIÓN:	2025-03
PERÍODO SALUD:	2025-03
NÚMERO PLANILLA:	32928544
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	32928544
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	$ 1.423.500	$ 0	$ 0	$ 1.400	$ 178.000	$ 179.400
231001	800227940	COLFONDOS	1	$ 1.423.500	$ 0	$ 0	$ 1.800	$ 227.800	$ 229.600
14-11	890903790	ARL SURA	1	$ 1.423.500	$ 0	$ 0	$ 100	$ 7.500	$ 7.600
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 3.300	$ 413.300	$ 416.600

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	12/05/2025

Ciudad: BOGOTA D.C Mes: ABRIL Día: 30 Año: 2025

CUENTA DE COBRO No. 2

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
APC2025-EIH-CON060

NOMBRE: YAMILE CONSTANZA MORENO MENDOZA
CEDULA: 52.831.344
CUENTA BANCARIA: 3153110665 BANCO: DAVIPLATA AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: ($2.670.988) DOS MILLONES SEISCIENTOS SETENTA MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS M/CTE.
PERIODO: **Fase Atención Abril 2025**

CONCEPTO: Agente Educativa- EIH Kennedy Gestando Futuro Periodistas del Contrato N. 11007062025. Con 50 cupos

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

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

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($2.670.988) DOS MILLONES SEISCIENTOS SETENTA MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS M/CTE. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:
Johanna Mayoral C
Johanna Mayoral Cerquera
Coordinadora
C.C. 52.517.201

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

Atentamente,
Yamile Moreno
NOMBRE: Yamile Constanza Moreno Mendoza
C.C. 52.831.344
Correo: yamirris@gmail.com
Dirección: kr 17 B bis A 66 -62
Teléfono: 3153110665

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 # 11007062025

PROGRAMA	EIA GESTANDO FUTURO
NOMBRE	Yamile Moreno
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	ABRIL

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	3	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales	1.1 Planeación Grupal, mínimo de dos encuentros, durante el mes (Formato ICBF), "Con las cuatro planeaciones de las áreas correspondientes" 1.2. Intencionalidad y planeaciones con un hilo conductor.	20%	Abril-2025	OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (EIH).	2.1. Planeación Encuentro en el hogar (1 por cada participante). 2.2 Cronograma de Visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atención correspondiente. 2.3. Intencionalidad y planeaciones con un hilo conductor.	20%	Abril-2025	OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentación requerida tanto en físico como en drive (50)	3.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Acomodación de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalización de cada uno de los documentos de los participantes del GA _ 3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas)	15%	Abril-2025	OK		
		4.Informar ingresos y egresos al administrativo y edición de datos correspondientes al mes de abril deben ser informados y reportados a más tardar el 14 de ABRIL.	4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes ABRIL 4.2 Organización de las carpetas en digital (El manejo sujeto a dinámicas internas bajo acta)	10%	Abril-2025	OK		
		5.Entrega de Formatos de RAM, Refrigerios, Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.	5.1 Formato RAM 5.2 Refrigerios 5.3 Formato RPP 5.4 Fotografías y registro fílmico uno a uno de la entrega de RPP - en power Point 5.5 Formato de Bienestarina Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni enmendaduras	10%	Abril-2025	OK		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algún documento	6.1 Formato de novedades por grupo de atención.(El manejo sujeto a dinámicas internas bajo acta)	10%	Abril-2025	OK		
		7. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faciliten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	7.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS que se sean asignados (JUEGOS NO ESTRUCTURADOS). Según sea estipulado en el salón comunal 7.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 7.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación. 7.4 Asistir a la jornada de cualificación a talento humano y reflexión pedagógica.	15%	Abril-2025	OK		
				TOTAL	100%			

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	Yamile Moreno
C.C.	52831344.

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Johanna Vargas
C.C.	52517001

VoBo

enlace operativo

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900089104-5
Razón Social del Operador de Información	Enlace Operativo
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2025-04-20, 10:04:45 AM en horario extendido
Periodo de Cotización Otros Riesgos	marzo de 2025
Periodo de Cotización Para Salud	marzo de 2025
Empresa	YAMILE COSTANZA MORENO MENDOZA
CEDULA CIUDADANIA	CC 52831344
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	77383792
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1421793600
Banco	(1007) - BANCOLOMBIA
Valor	$ 291.600
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intóreses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	$ 159.500	$ 1.200
N860066942	EPS008	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	1	$ 124.600	$ 900
N890903790	14-11	ARL SURA	1	$ 5.300	$ 100
			SubTotales:	$ 289.400	$ 2.200
			Total a Pagar:		$ 291.600

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

Enlace Operativo no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

EXPERTOS en PILA

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

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-04-20, 10:09:34 a. m. **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 77383792

Periodo Cotización 202503 **Periodo Servicio** 202503

PAGADA 2025-04-20 10:06:26.0 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	YAMILE COSTANZA MORENO MENDOZA				
Documento	CC 52831344	**Dirección**	CR 17 SUR #66 - 62		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3153110665		
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 52831344		**Residente**		**Exonerado**	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					MORENO MENDOZA YAMILE CONSTANZA	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			
ener	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	21	21	21	0			$ 1.423.500	25-14		16 %	$ 996.450	$ 159.500	$ 0	$ 0	EPS008		12.5 %	$ 996.450	$ 124.600	$ 0	14-11	1	0,522 %	$ 996.450	$ 5.300	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
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	COMPENSAR EPS	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 159.500	$ 0	$ 0	$ 124.600	$ 5.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 289.400

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

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

CUENTA DE COBRO No. 3

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
APC2025-EIH- CON033

NOMBRE: DIANA KATHERIN CONDE VALENCIA
CEDULA: 1.030.661.794
CUENTA BANCARIA: 3212978093 BANCO: DAVIPLATA AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: ($2.670.988) DOS MILLONES SEISCIENTOS SETENTA MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS M/CTE.
PERIODO: **Fase Atención Abril 2025**

CONCEPTO: Profesional Psicosocial – EIH Kennedy Gestando Futuro Periodistas - del contrato N.11007062025. 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: ($2.670.988) DOS MILLONES SEISCIENTOS SETENTA MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS M/CTE. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Johanna Mayoral C

Johanna Mayoral Cerquera
Coordinadora
C.C. 52.517.201

Aprobado por:

Ana Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: DIANA KATHERIN CONDE VALENCIA
C.C. 1.030.661.794
DR. Carrera 97C N° 42 F -22 sur
Teléfono: 3212978093 / dianacondev12@gmail.com

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

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO POR CARGO
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
CTO # 11007062025

PROGRAMA	EIH GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	Diana K. Conde Valencia
CARGO	PSICOSOCIAL
PERIODO y FECHA	ABRIL

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	3	1. Verifica la 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.	5%	Abril-25	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 gestión, por profesional psicosocial)	2.1. Cartas de gestión con radicado y/o evidencia del correo enviado 2.2. Matriz de Gestión Interinstitucional abril 2.3.Articulaciones efectivas.	10%	Abril-25	OK		
		3. Validación criterios de focalización 75 junto con el documento de identidad , y criterios de los ingresos del mes de ABRIL.	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 d de __75____ Participantes correspondientes a los tres grupos de atención delegados y criterios de usuarios nuevos mes de ABRIL. 3.3 Cronograma de Visitas - Firma de las familias Visitadas (Formato APC)	15%	Abril-25	OK		
		4. Realización procesos de caracterización, de __75_ ingresos de las Unidades delegadas en el territorio y usuarios nuevos del mes de ABRIL.	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%	Abril-25	OK		
		5. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias, ABRIL (Caracterización familiar,conformación comité control social!)	5.1 Planeación cargada al drive 5.2 Realización de los 9 talleres, de las UAS delegadas 5.3. Registro fotografico.	10%	Abril-25	OK		
		6. Procesos de Formación y cualificación al Talento Humano de acuerdo con el tema del Plan de Formación al TH. Ruta de atención (Prevención, detección, atención tipos de violencia)	6.1 Planeación cargada al drive 6.2 Acta, Registro fotográfico y Firmas 6.3.Asistencia a la Jornada cualificación talento humano y reflexión pedagógica.	10%	Abril-25	OK		
		7.Control Social y Proceso de buzón de sugerencias y control social, (proceso en compañía del comité de control Social).	7.1. Invitación hacer parte de control social,alistamiento buzòn y formatos respectivos.	5%	Abril-25	OK		
		8.Seguimiento a población migrante y desplazados.	8.1 Base Excel población migrante y desplazados, Formatos APC	5%	Abril 2025	OK		
		9.Activación 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 Formato de novedades cuando sea necesario.	5%	Abril-2025	OK		
		10. Acompañar y apoyar la entrega de RPP	10.1 Acta de verificación de la RPP con el comité de control social en compañía de la Nutricionista 10.2 Presencia en el espacio	5%	Abril-25	OK		
		11.Seguimiento a casos de tránsito armónico	11.1 Realizar acta con la sensibilización y gestión de los casos que requieren orientación para el transito armónico	5%	Abril-25	OK		
		12. Informe de gestión mensual en el formato F8 contractual y general de acciones	12. Formato de Informe – Enviado por Coordinación Drive 12.1 F8 de acciones I Datos de casos garantía de derechos ii Acciones realizadas de cualificación iii Dificultades del componente en el mes 12.2 F8 contractual i Aportes a las obligaciones del componente	10%	Abril-25	OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Diana
NOMBRE:	Diana F. Conde
C.C.	1.030.661.174

FIRMA COORDINADORA	Johanna Navarro
NOMBRE:	
C.C.	52511207

VoBo

¡Hola, Diana katherin conde valencia!

Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: $ 420.700

Empresa: APORTES EN LINEA

Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9484522652

Fecha de la transacción: 16/04/2025

CUS: 1414735868

Gracias por utilizar nuestro servicio.



Ten encuenta estos tips de seguridad:

- Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.
- No abras enlaces sospechosos.
- Cambia tus contraseñas con regularidad.
- Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.
- Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.

Para mayor información comunícate con nosotros:

En Bogotá: +57 (601) 3808890 Opción 5

Contáctanos: https://www.pse.com.co/persona-centro-de-ayuda

Un servicio de ach COLOMBIA

ACH Colombia Oficial

@ACHColombia_

ACHColombiaOficial

ACH Colombia Oficial

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 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
2025-03	2025-03	1414735888	9484522652	I	2025/04/24	2025/04/16	NEQUI	0	$420,700

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)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$14,900		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$14,900		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$14,900		$0	$0
1	CC 1030661794	CONDE DIANA	230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,423,500	$14,900	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$14,900		$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 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
2025-03	2025-03	1414735888	9484522652	I	2025/04/24	2025/04/16	NEQUI	0	$420,700

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
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$14,900	$0	$0	$14,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$14,900	$0	$0	$14,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				**1**	**$420,700**	**$0**	**$0**	**$420,700**

2025/04/16 08:06 AM

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

CUENTA DE COBRO No. 3

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
APC2025-EIH-CON034

NOMBRE: KELLY JEANE GARCÍA JIMÉNEZ
CEDULA: 53.050.406
CUENTA BANCARIA: 3132475292 BANCO: DAVIPLATA AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: ($2.670.988) DOS MILLONES SEISCIENTOS SETENTA MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS M/CTE.
PERIODO: Fase Atención abril 2025

CONCEPTO: Profesional como apoyo psicosocial – EIH Kennedy Gestando Futuro periodistas - del contrato N.11007062025. 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: ($2.670.988) Dos millones seiscientos setenta mil novecientos ochenta y ocho pesos m/cte. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Johanna Mayoral C

Johanna Mayoral Cerquera
Coordinadora
C.C. 52.517.201

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: KELLY JEANE GARCÍA JIMÉNEZ
C.C. 53.050.406
DR. Calle 40 A sur # 50 A 66
Teléfono: 313 2475292/ psico2periodistas@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 # 11007062025

PROGRAMA	ERI GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	KELLY JEANE GARCIA JIMENEZ
CARGO	PSICOSOCIAL
PERIODO y FECHA	ABRIL

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	3	1. Verifica la 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.	5%	Abril-2025	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 gestión, por profesional psicosocial)	2.1. Cartas de gestión con radicado y/o evidencia del correo enviado 2.2. Matriz de Gestión interinstitucional abril 2.3.Articulaciones efectivas	10%	Abril-2025	Ok		
		3. Validacion criterios de focalización 75 junto con el documento de identidad , y criterios de los ingresos del mes de ABRIL.	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 d de __75____ Participantes correspondientes a los tres grupos de atención delegados y criterios de usuarios nuevos mes de ABRIL. 3.3 Cronograma de Visitas - Firma de las familias Visitadas (Formato APC)	15%	Abril-2025	Ok		
		4. Realización procesos de caracterización, de __75_ Ingresos de las Unidades delegadas en el territorio y usuarios nuevos del mes de ABRIL.	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%	Abril-2025	Ok		
		5. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias, ABRIL (Caracterización familiar,conformación comité control social))	5.1 Planeación cargada al drive 5.2 Realización de los 9 talleres, de las UAS delegadas 5.3. Registro fotografico.	10%	Abril-2025	Ok		
		6. Procesos de Formación y cualificación al Talento Humano de acuerdo con el tema del Plan de Formación al TH. Ruta de atención (Prevención, detección, atención tipos de violencia)	6.1 Planeación cargada al drive 6.2 Acta, Registro fotográfico y Firmas 6.3.Asistencia a la jornada cualificación talento humano y reflexión pedagogica.	10%	Abril-2025	Ok		
		7.Control Social y Proceso de buzón de sugerencias y control social, (proceso en compañía del comité de control Social).	7.1.Invitación hacer parte de control social,alistamiento buzón y formatos respectivos.	5%	Abril-2025	Ok		
		8.Seguimiento a población migrante y desplazados.	8.1 Base Excel población migrante y desplazados, Formatos APC	5%	Abril-2025	Ok		
		9.Activación 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 Formato de novedades cuando sea necesario.	5%	Abril-2025	Ok		
		10. Acompañar y apoyar la entrega de RPP	10.1 Acta de verificación de la RPP con el comité de control social en compañía de la Nutricionista 10.2 Presencia en el espacio	5%	Abril-2025	Ok		
		11.Seguimiento a casos de tránsito armónico	11.1 Realizar acta con la sensibilización y gestión de los casos que requieren orientación para el transito armónico	5%	Abril-2025	Ok		
		12. Informe de gestión mensual en el formato F8 contractual y general de acciones	12. Formato de Informe – Enviado por Coordinación Drive 12.1 F8 de acciones i Datos de casos garantía de derechos ii Acciones realizadas de cualificación iii Dificultades del componente en el mes 12.2 F8 contractual i Aportes a las obligaciones del componente	10%	Abril-2025	Ok		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	KELLY JEANE GARCIA JIMENEZ
C.C.	53.058.406

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Johana Molano
C.C.	52.517.201

V°B°
CAMD

Nequi

Resumen de pago

Descripción de compra
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Estado de la solicitud
Transacción aprobada

Tienda
COMPENSAR-OI

Fecha de solicitud
17 de abril de 2025

CUS
1417740482

Referencia Nequi
M4841422

¿Cuánto?
$ 418.400,00

Valor de los impuestos
$ 0,00

Número de referencia 2
CC

Número de referencia 3
53050406

Factura de comercio
85840807

Tu plata salió de:



Disponible

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	53050406	KELLY JEANE GARCIA JIMENEZ		CALLE 32 A # 33 A 28 Sur	3132475292	KELLYJANEGJ@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	
2025-03	2025-03	I	21/04/2025	85840807	$418.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	178.000	0		0		0	19	2.200	0	180.200	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	227.800	0	0	0	0	19	2.800	0	230.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	7.500				7.500	19	100	7.600			75	7.600	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	19	0	0	0
ICBF				
0	19	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	178.000	180.200
Pensión	1	227.800	230.600
Riesgos Laborales	1	7.500	7.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	413.300	418.400

Kell
53.050406

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	53050406	KELLY JEANE GARCIA JIMENEZ		CALLE 32 A # 33 A 28 Sur	3132475292	KELLYJANEGJ@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	
2025-03	2025-03	I	21/04/2025	85840807	$418.400	

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. retorno	Exonerado	IBC	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	53050406	GARCIA JIMENEZ KELLY JEANE	59	0			N	R																25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	1	7.500		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

KH.
53050406

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

Ciudad: BOGOTÁ D.C Mes: ABRIL 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-EIH-CON035

NOMBRE: LAURA SOFIA ALARCON ARBELAEZ
CEDULA: 1.000.794.222
CUENTA BANCARIA: 008600775848 BANCO: DAVIVIENDA AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: ($2.670.988) DOS MILLONES SEICIENTOS SETENTA MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS M/CTE.
PERIODO: **Fase Atención Abril 2025**

CONCEPTO: Profesional en nutrición – EIH Kennedy Gestando Futuro periodistas - del contrato N.11007062025. 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: ($2.670.988) DOS MILLONES SEICIENTOS SETENTA MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS M/CTE. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Johanna Mayoral Cerquera
Coordinadora
C.C. 52.517.201

Aprobado por:

Ana Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: LAURA SOFIA ALARCON ARBELAEZ
C.C.1.000.794.222
DR. Av.Cll 63#73 a 31
Telefono: 3052355371 / sofialarb@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 # 1100706 2025

PROGRAMA	EH GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	L. Sofia Alarcon Arbelaéz
CARGO	NUTRICIONISTA
PERIODO y FECHA	ABRIL

FASE	PASO No	PRODUCTOS A ENTREGAR M I S A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCIÓN	1	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias como se establece en Cronograma de Capacitación, de acuerdo a la propuesta de cada Nutricionista por territorio. 1.1. Estrategia IEC: Macro y micronutrientes 1.2. Promoción de la lactancia materna: Donación de leche materna.	1.1 Planeación cargada al drive 1.2 Realización de los encuentros, de las UAS delegadas 1.3 Acta de proceso con listados de asistencias en físico y digital, promoción en la unidad 1.4. Registro fotográfico.	15%	Abril-2025	OK		
		2. Cualificación al Talento Humano, según Cronograma de estrategia IEC (Información Educación y Comunicación en SAN) Temas de Abril: 2.1. Estrategia IEC: Macro y micronutrientes 2.2. Promoción de la lactancia materna: Donación de leche materna. VERIFICAR CON PLAN DE TRABAJO ENTREGADO POR LAS NUTRICIONISTAS	2.1 Planeación cargada al drive 2.2 Acta de proceso con listados de asistencias en físico y digital. 2.3 Registro Fotográfico 2.4 Asistir a la jornada de cualificación a talento humano y reflexión Pedagógica.	10%	Abril-2025	OK		
		3. Tamizaje participantes nuevos abril y seguimientos gestantes, lactantes y niños menores de dos años por territorio (por cada nutricionista) _____ 3.1 Perimetro Braquial	3.1. Formato F11 y 16 según corresponda. 3.2. Formato borrador de tamizaje nutricional (formato APC) 3.3 Cargue y formato perimetro braquial.	20%	Abril-25	OK		
		4. Cargar a la plataforma Cuéntame los datos correspondientes a las tomas de los ingresos de participantes nuevos y seguimientos por cada nutricionista Gran Bretaña y Periodistas, Triunfadoras del mes de abril. _____	4. Descargue del Excel, generado en aplicativo CUENTAME, donde se encuentren filtrados los participantes ingresados máximo 5 días después del ingreso. 4.1 Actualización formato F11 4.2 Actualización formato F16	5%	Abril-25	OK		
		5. Seguimiento Nutricional a Casos (Casos Evento 113, Casos de Desnutrición reporte cuéntame y Casos de Riesgo de desnutrición aguda reporte cuéntame)	**Casos Desnutrición:** 5.1. Correo electrónico EAPB 5.2. PQR a la EAPB 5.3. Remisión a la familia (formato APC) 5.4. Seguimiento Nutricional (formato APC) **Casos Riesgos de Desnutrición Aguda (priorización para encuentro en el hogar)** 5.5. Matriz de seguimiento a casos 5.6. Seguimiento en formato novedades **Evento 113:** De acuerdo a las solicitudes del CZ los casos que desde la secretaria de salud sean identificados y notificados como desnutrición aguda, deberán contar con seguimiento y acercamiento a las familias para la validación de servicios recibidos por la EAPB, tales como: 5.7. Entrega de FTLC; 5.8. Consulta de CYD; nutrición, pediatría, exámenes complementarios. 5.9. La información recibida deberá registrarse en formato de acta APC anexando los soportes que la familia entregue.	10%	Abril-25	OK		
		6. Acompañar y apoyar la entrega de RPF, Refrigerios y Bienestarina.	6.Formatos: 6.1. Formato de Verificación de calidad y cantidad 6.2 Acta de verificación de la RPF con el comité de control social en compañía de la Psicosocial 6.3 Presencia en el espacio	5%	Abril-25	OK		
		7.Metrologia	7.1.Realizar Rotulado de equipos APC con territorio y última verificación y calibración.	5%	Abril-25	OK		
		8. Acompañar, verificar y aplicar PSB y BPM.	8.Formatos: 8.1. Formatos de limpieza y desinfeccion 8.2 Actualizacion de PSB(50%) 8.3 Actualizacion de BPM (50%) 8.4 Visitar los espacios de encuentros grupales 8.5 Presentación carpetas formatos de desinfección	5%	Abril-25	OK		
		9.Verificación de botiquines por cada espacio de encuentros grupales	9.1. Verificación si cada especie cuenta con botiquines. 9.2. Revisión de los botiquines si se tienen (insumos). 9.3. Excel por espacio si se cuenta con botiquines y el estado de los insumos. 9.4. Solicitud elementos botiquines y botiquines sino se cuenta en los espacios.	10%	Abril-25	OK		
		10.Encuentros en el hogar, novedades	10.1 Encuentros en el hogar cuando corresponda puerperios ,seguimiento a casos _____ 10.2.Formato de novedades en los casos que no se realice el encuentro hogar o casos donde sea necesario.	20%	Abril-25	OK		
		11. Informe de gestión mensual en el formato FB contractual y general de acciones	11. Formato de informe - Enviado por Coordinación Drive 11.1 FB de acciones i Datos de casos con malnutrición ii Acciones realizadas de cualificación iii Dificultades del componente en el mes 11.2 FB contractual Aportes a las obligaciones del componente	5%	Abril-25	OK		
				100%				

FIRMA CONTRATISTA	Sofia Alarcón A.
NOMBRE:	L. Sofia Alarcón A.
C.C.	1000 [illegible] 4222

FIRMA COORDINADORA	Johanna Lucena
NOMBRE:	
C.C.	52511201

VoBo
EDNU

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
1421346602

Destino de pago
COMPENSAR-OI

Motivo
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha
19/04/2025

Número de aprobación
00346602

Dirección IP
186.29.125.69

Valor transacción
$ 413.300,00

Costo de la transacción
$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
	CC	1000794222

Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017.

DAVIVIENDA

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

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

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-04	2025-04	I	21/04/2025	85893230	$413.300	

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	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	7.500				7.500	0	0	7.500			75	7.500	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	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	7.500	7.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	413.300	413.300

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 501 trr A	3052355371	lalarconarbelaez@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-04	2025-04	I	21/04/2025	85893230	$413.300	

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	RIG	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1000794222	ALARCON ARBELAEZ LAURA SOFIA	59	0			N																	230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS017	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	1	7.500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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

CUENTA DE COBRO No. 3

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
APC2025-EIH-CON050

NOMBRE: NATALY SARMIENTO SUAREZ
CEDULA: 1.031.139.309
CUENTA BANCARIA: 0550488445108126 BANCO: DAVIVIENDA AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: ($2670988) DOS MILLONES SEICIENTOS SETENTA MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS M/CTE.
PERIODO: **Fase Atención Abril 2025**

CONCEPTO: Profesional de Salud y Nutrición – EIH Kennedy Gestando Futuro Periodistas - del contrato N.11007062025. 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: ($2670988) DOS MILLONES SEICIENTOS SETENTA MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS M/CTE. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Johanna Mayoral C

Johanna Mayoral Cerquera
Coordinadora
C.C. 52.339.600

Aprobado por:

Ana Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Nataly Sarmiento Suarez

NOMBRE: NATALY SARMIENTO SUAREZ
C.C. 1.031.139.309
DR. CR 66 19 72 TORRE 3 APT 1007
Telefono: 3182434836 / sarmientosn892@gmai.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 # 2160720225

PROGRAMA	EN CRECIENDO FUTURO EXITOSO
NOMBRE	Natally Sarmiento
CARGO	NUTRICIONISTA
PERIODO y FECHA	ABRIL

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCIÓN	3	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias como se establece en Cronograma de Capacitación, de acuerdo a la propuesta de cada Nutricionista por territorio. 1.1. Estrategia IEC: Macro y micronutrientes 1.2. Promoción de la lactancia materna: Donación de leche materna.	1.1 Planeación cargada al drive 1.2 Realización de los encuentros, de las UAS delegadas 1.3 Acta de proceso con listados de asistencias en físico y digital, promoción en la unidad 1.4. Registro fotográfico.	15%	Abril-2025	OK		
		2. Cualificación al Talento Humano, según Cronograma de estrategia IEC (Información Educación y Comunicación en SAN) Temas de Abril: 2.1. Estrategia IEC: Macro y micronutrientes 2.2. Promoción de la lactancia materna: Donación de leche materna. VERIFICAR CON PLAN DE TRABAJO ENTREGADO POR LAS NUTRICIONISTAS	2.1 Planeación cargada al drive 2.2 Acta de proceso con listados de asistencias en físico y digital. 2.3 Registro Fotográfico 2.4 Aval SIP a la jornada de cualificación a talento humano y reflexión Pedagógica.	10%	Abril-2025	OK		
		3. Tamizaje participantes nuevos abril y seguimientos gestantes, lactantes y niñas menores de dos años por territorio (por cada nutricionista) _____ 3.1 Perímetro Braquial	3.1. Formato F11 y 16 según corresponda. 3.2. Formato borrador de tamizaje nutricional (formato APC) 3.3. Cargue y formato perímetro braquial.	20%	Abril-25	OK		
		4. Cargar a la plataforma CUÉNTAME los datos correspondientes a las tomas de los ingresos de participantes nuevas y seguimientos por cada nutricionista Gran Batalla y Perladitas, Triunfadoras del mes de abril. _____	4. Descargue del Excel, generado en aplicativo CUENTAME, donde se encuentren filtrados los participantes ingresados máximo 5 días después del ingreso. 4.1 Actualización formato F11 4.2 Actualización formato F16.	5%	Abril-25	OK		
		5. Seguimiento Nutricional a Casos (Casos Evento 113, Casos de Desnutrición reporté cuéntame y Casos de Riesgo de desnutrición agudo reporte cuéntame)	Casos Desnutridos: 5.1. Correo electrónico EAPB 5.2. PQR a la EAPB 5.3. Remisión a la familia (Formato APC) 5.4. Seguimiento Nutricional (Formato APC) Casos Riesgos de Desnutrición Aguda (priorización para encuentro en el hogar) 5.5. Matriz de seguimiento a casos 5.6. Seguimiento en formato novedades Evento 113: 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: 5.7. Entrega de PTLC 5.8. Consulta de CYD; nutrición, pediatría, exámenes complementarios. 5.9. La información recibida deberá registrarse en formato de acta APC anexando los soportes que la familia entregue.	10%	Abril-25	OK		
		6. Acompañar y apoyar la entrega de RPP, Refrigerios y Bienestarina.	6.Formatos: 6.1. Formato de Verificación de calidad y cantidad 6.2 Acta de verificación de la RPP con el comité de control social en compañía de la Psicosocial 6.3 Presencia en el espacio	5%	Abril-25	OK		
		7.Metrología	7.1.Realizar Rotulado de equipos APC con territorio y última verificación y calibración.	5%	Abril-25	OK		
		8. Acompañar, verificar y apoyar PSB y BPM.	8.Formatos: 8.1. Formatos de limpieza y desinfección 8.2 Actualización de PSB(50%) 8.3 Actualización de BPM (50%) 8.4.Visitar los espacios de encuentros grupales 8.5 .Presentación carpetas formatos de desinfección.	5%	Abril-25	OK		
		9.Verificación de botiquines por cada espacio de encuentros grupales	9.1. Verificación si cada espacio cuenta con botiquines. 9.2. Revisión de los botiquines si se tienen (insumos). 9.3. Excel por espacio si se cuenta con botiquines y el estado de los insumos. 9.4. Solicitud elementos botiquines y botiquines sino se cuenta en los espacios.	10%	Abril-25	OK		
		10.Encuentros en el hogar, novedades	10.1 Encuentros en el hogar cuando corresponda puerperios ,seguimiento a casos_____ 10.2.Formato de novedades en los casos que no se realice el encuentro hogar o casos donde sea necesario.	10%	Abril-25	OK		
		11. Informe de gestión mensual en el formato F8 contractual y general de acciones	11. Formato de informe – Enviado por Coordinación Drive 11.1 F8 de acciones i Datos de casos con malnutrición ii Acciones realizadas de cualificación iii Dificultades del componente en el mes 11.2 F8 contractual Aportes a las obligaciones del componente	5%	Abril-25	OK		
				100%				

FIRMA CONTRATISTA	Natally Sarmiento	FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Natally Sarmiento	NOMBRE:	
C.C.	1031164508	C.C.	52511461

V°B°

Gmail

Nataly Sarmiento <sarmientosn892@gmail.com>

PSE Transacción Aprobada - CUS 1400555374

1 mensaje

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co> 9 de abril de 2025, 18:49
Para: sarmientosn892@gmail.com



¡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: 1400555374
Empresa: APORTES EN LINEA
Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9483499540
Valor de la Transacción: $ 529.600
Fecha de Transacción: 09/04/2025

Ten en cuenta estos tips de seguridad

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

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 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
2025-03	2025-03	1400555374	9483499540	I	2025/04/03	2025/04/10	BANCO CAJA SOCIAL	7	$529,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$256,000	$1,200	$0	$257,200
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$256,000	$1,200	$0	$257,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$39,000	$200	$0	$39,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	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	$2,600	$0	$529,600

2025/04/09 06:48 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 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
2025-03	2025-03	1400555374	9483499540	I	2025/04/03	2025/04/10	BANCO CAJA SOCIAL	7	$529,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,600,000	$256,000			$1,600,000	$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

2025/04/09 06:48 PM

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

CUENTA DE COBRO No. 2

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
APC2025-EIH-CON066

NOMBRE: ANGIE TATIANA MUÑOZ CARDENAS
CEDULA: 1.020.786.376
CUENTA BANCARIA: 3219932474 BANCO: DAVIPLATA AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: ($ 2.417.697) DOS MILLONES CUATROCIENTOS DIECISIETE MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS M/Cte.
PERIODO: **Fase Atención Abril 2025**

CONCEPTO: Apoyo Pedagógico – EIH Kennedy Gestando Futuro periodistas - del contrato N.11007062025. 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: ($2.417.697) Dos millones cuatrocientos diecisiete mil seiscientos noventa y siete 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:

Johanna Mayoral

Johanna Mayoral Cerquera
Coordinadora
C.C. 52.517.201

Aprobado por:

Ana Rocio Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Tatiana Muñoz

NOMBRE: ANGIE TATIANA MUÑOZ CARDENAS
C.C. 1.020.786.376
DR. Carrera 80D # 7B - 83
Telefono: 3219932474 / angy.t@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 # 11007062025

PROGRAMA	EIH GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	Angie Tatiana Muñoz
CARGO	APOYO PEDAGOGICO UDS
PERIODO y FECHA	ABRIL

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	APOYO PEDAGOGICO : FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	3	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales	1.1 Planeación Grupal, mínimo de dos encuentros, durante el mes (Formato ICBF), "con las cuatro planeaciones de las áreas correspondientes"	20%	Abril-29-25	OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (EIH)	2.1. Planeación Encuentro en el hogar (1 por cada participante). 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.	20%	Abril-29-25	OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentación requerida tanto en físico como en drive (50)	3.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Acomodación de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalización de cada uno de los documentos de los participantes del GA _ 3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas)	15%	Abril-29-25	OK		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo los 14 de cada mes sus ingresos y egresos y edición de datos ____ durante el mes de ABRIL	4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes ABRIL 4.2 Soportes de egreso 4.3 Soportes de ingreso 4.4. Organización de las carpetas en digital (El manejo sujeto a dinamicas internas bajo acta)	10%	Abril-29-25	OK		
		5.Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios,Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.	5.1 Formato RAM 5.2 Refrigerios 5.3 Formato RPP 5.4 Fotografías y registro fílmico uno a uno de la entrega de RPP - en power Point	10%	Abril-29-25	OK		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algún documento	6.1 Formato de novedades por grupo de atención. (El manejo sujeto a dinámicas internas bajo acta)	10%	Abril-29-25	OK		
		7. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faciliten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	7.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS que se sean asignados. (JUEGOS NO ESTRUCTURADOS) Según sea estipulado en el salón comunal 7.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 7.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación. 7.4. Asistir a la jornada Reflexión Pedagógica y cualificación a talento humano.	15%	Abril-29-25	OK		

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	Angie Tatiana Muñoz
C.C.	1.020.786.376

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Johanna Nocton
C.C.	52517201

V°B°

6:40 LTE 49

Resumen de pago

¡Yey! La transacción fue pagada con éxito.

Estado de la solicitud
Transacción aprobada

Tienda
COMPENSAR-OI

Fecha de solicitud
Sun Apr 20 00:00:00 COT 2025

CUS
1422569640

¿Cuánto?
$ 413.300,00

Factura de comercio
85574928

Tu plata salió de:

Disponible

Listo

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 80d # 7b - 83	6017003746	angy.t@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-03	2025-03	I	21/04/2025	85574928	$413.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Servicio	Extranjero	Cotiza exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1020786376	MUÑOZ CARDENAS ANGIE TATIANA	59	0			X																	23030	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	176.000	14-11	1.423.500	1	7.500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1020786376	ANGIE TATIANA MUÑOZ CARDENAS	carrera 80d # 7b - 83	6017003746	angy.t@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-03	2025-03	I	21/04/2025	85574928	$413.300	

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	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	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
230301	Porvenir	800224808-8	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	7.500				7.500	0	0	7.500			75	7.500	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	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	7.500	7.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	413.300	413.300

ANULADA

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

Ciudad: BOGOTA D.C Mes: ABRIL Día: 30 Año: 2025

CUENTA DE COBRO No. 3

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
APC2025-EIH-CON060

NOMBRE: ANYELA PATRICIA VELASQUEZ GUTIERREZ
CEDULA: 52.792.170
CUENTA BANCARIA: 3178448463 BANCO: DAVIPLATA AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: ($2.417.697) DOS MILLONES CUATROCIENTOS DIECISIETE MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS M/CTE.
PERIODO: **Fase Atención Abril 2025**

CONCEPTO: Apoyo Pedagógico- EIH Kennedy Gestando Futuro Periodistas del Contrato N. 11007062025. 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: ($2.417.697) DOS MILLONES CUATROCIENTOS DIECISIETE MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y SIETE 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:
Johanna Mayoral
Johanna Mayoral Cerquera
Coordinadora
C.C. 52.517.201

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

Atentamente
Anyela Patricia Velasquez
NOMBRE: Anyela Patricia Velásquez Gutiérrez
C.C. 52.792.170
Correo: pattyy_8014@hotmail.com
Dirección: Calle 70 B 110 - 47
Teléfono: 3178448463 / 3103409166

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

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO POR CARGO
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
CTO # 11007062025

PROGRAMA	EIH GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	Patricia Velasquez
CARGO	APOYO PEDAGOGICO UDS
PERIODO y FECHA	ABRIL

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	APOYO PEDAGOGICO : FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	3	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales	1.1 Planeación Grupal, mínimo de dos encuentros, durante el mes (Formato ICBF), "con las cuatro planeaciones de las áreas correspondientes"	20%	Abril-2025	OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (EIH)	2.1. Planeación Encuentro en el hogar (1 por cada participante). 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.	20%	Abril-2025	OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentación requerida tanto en físico como en drive (50)	3.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Acomodación de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalización de cada uno de los documentos de los participantes del GA _ 3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas)	15%	Abril-2025	OK		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo los 14 de cada mes sus ingresos y egresos y edición de datos ____ durante el mes de ABRIL	4.1 Formato de Ingresos y egresos _____ en el mes ABRIL 4.2 Soportes de egreso 4.3 Soportes de Ingreso 4.4. Organización de las carpetas en digital (El manejo sujeto a dinamicas internas bajo acta)	10%	Abril-2025	OK		
		5.Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios, Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.	5.1 Formato RAM 5.2 Refrigerios 5.3 Formato RPP 5.4 Fotografias y registro fílmico uno a uno de la entrega de RPP - en power Point	10%	Abril-2025	OK		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algún documento	6.1 Formato de novedades por grupo de atención. (El manejo sujeto a dinámicas internas bajo acta)	10%	Abril-2025	OK		
		7. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faciliten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	7.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS que se sean asignados. (JUEGOS NO ESTRUCTURADOS) Según sea estipulado en el salón comunal 7.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 7.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación. 7.4. Asistir a la jornada Reflexión Pedagógica y cualificación a talento humano.	15%	Abril-2025	OK		

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	Patricia Velasquez
C.C.	52792170

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Johanna Bocanegra
C.C.	52517101

LPBo
& AMW

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 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
2025-03	2025-03	02256137	9484258067	I	2025/04/16	2025/04/14	BANCO DE OCCIDENTE	0	$413,300

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)						**$1,423,500**	**$227,800**			**$1,423,500**	**$178,000**			**$0**	**$0**			**$1,423,500**	**$7,500**		**$0**	**$0**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						**$1,423,500**	**$227,800**			**$1,423,500**	**$178,000**			**$0**	**$0**			**$1,423,500**	**$7,500**		**$0**	**$0**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						**$1,423,500**	**$227,800**			**$1,423,500**	**$178,000**			**$0**	**$0**			**$1,423,500**	**$7,500**		**$0**	**$0**
1	CC	52792170	VELASQUEZ ANYELA	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS008	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,423,500	$7,500	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$1,423,500**	**$227,800**			**$1,423,500**	**$178,000**			**$0**	**$0**			**$1,423,500**	**$7,500**		**$0**	**$0**

Grupo AVAL

CORRESPONSAL BANCARIO BANCO DE OCCIDENTE SA Puntored no se cobra por esta transaccion PAGO DE PLANILLAS

TRANSACCIÓN EXITOSA

Fecha	14/04/2025
Hora	14:41:39
Terminal	351008
Convenio	PILA PLANILLA ASISTIDA APORTES EN LINEA
Cod. Convenio	1506
Comercio	484349
No aprob Banco	256137
Referencia	9484258067
No. aprob Puntored	C0115033677
Valor	$413,300
Usuario de Venta	JOSE MARIA AMAYA C

Linea de atencion Nacional
01 8000 512825 Opcion 2 Email:
corresponsalesaval@ventasyservicios.com.co

BANCO DE OCCIDENTE
VIGILADO SUPERINTENDENCIA
FINANCIERA DE COLOMBIA

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 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
2025-03	2025-03	022256137	9484258867	I	2025/04/16	2025/04/14	BANCO DE OCCIDENTE	0	$413,300

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
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,500	$0	$0	$7,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$7,500	$0	$0	$7,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$413,300	$0	$0	$413,300

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

CUENTA DE COBRO No. 3

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
APC2025-EIH PERIODISTAS-CON042

NOMBRE: LUZ MARINA DIAZ CORREDOR
CEDULA: 51.746.897
CUENTA BANCARIA: 3132645931 BANCO: DAVIVIENDA AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: ($2.417.697) DOS MILLONES CUATROCIENTOS DIECISIETE MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS M/CTE.
PERIODO: **Fase Atención Abril 2025**

CONCEPTO: Apoyo pedagógico – EIH Kennedy Gestando Futuro Periodistas - del contrato N.11007062025. 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: ($2.417.697) DOS MILLONES CUATROCIENTOS DIECISIETE MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y SIETE 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:
Johanna Mayoral
Johanna Mayoral
Coordinadora
C.C. 52.517.201

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

Atentamente,
Luz Marina Diaz Corredor
NOMBRE: LUZ MARINA DIAZ CORREDOR
C.C. 51.746.897
DR. Carrera 75 # 36 – 43 sur
Telefono: 3132645931
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 # 11007062025

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

					APOYO PEDAGOGICO :			
FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	3	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales	1.1 Planeación Grupal, mínimo de dos encuentros, durante el mes (Formato ICBF), "con las cuatro planeaciones de las áreas correspondientes"	20%	Abril-2025			
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (EIH)	2.1. Planeación Encuentro en el hogar (1 por cada participante). 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.	20%	Abril-2025			
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentación requerida tanto en físico como en drive (50)	3.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Acomodación de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalización de cada uno de los documentos de los participantes del GA _ 3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas)	15%	Abril-2025			
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo los 14 de cada mes sus ingresos y egresos y edición de datos ____ durante el mes de ABRIL	4.1 Formato de Ingresos y egresos _____ en el mes ABRIL 4.2 Soportes de egreso 4.3 Soportes de Ingreso 4.4. Organización de las carpetas en digital (El manejo sujeto a dinamicas internas bajo acta)	10%	Abril-2025			
		5.Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios,Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.	5.1 Formato RAM 5.2 Refrigerios 5.3 Formato RPP 5.4 Fotografías y registro fílmico uno a uno de la entrega de RPP - en power Point	10%	Abril-2025			
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algún documento	6.1 Formato de novedades por grupo de atención. (El manejo sujeto a dinámicas internas bajo acta)	10%	Abril-2025			
		7. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faciliten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	7.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS que se sean asignados. (JUEGOS NO ESTRUCTURADOS) Según sea estipulado en el salón comunal 7.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 7.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación. 7.4. Asistir a la jornada Reflexión Pedagógica y cualificación a talento humano.	15%	Abril-2025			

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	LUZ MARINA DIAZ CORREDOR
C.C.	51746897

FIRMA COORDINADORA	Johanna Vaquera
NOMBRE:	
C.C.	52517201

Vobo

Scotiabank COLPATRIA

Punto de pago

RECIBO DE PAGO

Fecha de venta: 16/04/25 Hora: 01:54:06 p.m.

Id comercio: 13496 No. Terminal: 2055

Id Trx: 68332871 Id Aut: 351313

Comercio: PDP BOGOTA PLAZA DE LAS AMERICAS

Dirección: CRA 78 35 07

RECAUDO PSP

TRANSACCIÓN EXITOSA

Convenio: COMPENSAR MI PLANILLA

referencia: 8385835715

Valor: $ 504.200

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.

Banco de Occidente

Diligencie el formato de recaudo de la empresa

- Número de cédula
- Periodo de pago
- Diligencie la información mínima requerida

51746897

(Corresponde al número de identificación)

Periodo Pensión-Salud: Marzo 2025

Numero de pago en otras entidades

Periodo Pensión - Salud: Marzo 2025

8385835715

(Corresponde al número de planilla)

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

Punto 4-72, Punto Red, Punto de Pago, Bolos Compensar (Gratuidad Sab), Av. Puente de Mayo Kennedy, Calle 38, Avenida 68, Calle 42 y Suba, Banco de Bogotá, Banco de Occidente, Red de Cajeros ATH, Almacenes Grupo Éxito.

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

Banco AV Villas y Red Coink.

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

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

Conozca las redes de pago para pago presencial a través de las cuales podrá realizar el pago de su planilla dando clic aquí.

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: 85835715

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	85835715
Fecha pago	2025-04-16
Número de autorización pago	1944563
Banco	1083

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	marzo de 2025
Periodo de Cotización Pensión	marzo de 2025
Número de Administradoras	3
Total Pagado	504200
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	7500	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	227800	1
EPS008	Compensar [illegible]	268900	2

85835715

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

C[illegible] 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	90900	0	0	0	0
EPS008	25-14	1423500	1423500	1423500	0	178000	0	227800	0	7500	0

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

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

CUENTA DE COBRO No. 3

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
APC2025-EIH-CON040

NOMBRE: MAYERLY ANDREA GOMEZ SUAREZ
CEDULA: 1.030.555.808
CUENTA BANCARIA: 3204669506 BANCO: DAVIPLATA AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: ($2.417.697) DOS MILLONES CUATROCIENTOS DIECISIETE MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS M/CTE.
PERIODO: **Fase Atención Abril 2025**

CONCEPTO: Apoyo Pedagógico Perfil 1 – EIH Kennedy Gestando Futuro Periodistas - del contrato N.11007062025. 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: ($2.417.697) DOS MILLONES CUATROCIENTOS DIECISIETE MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y SIETE 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:

Johanna Mayoral C

Johanna Mayoral Cerquera
Coordinadora
C.C. 52.517.201

Aprobado por:

Ana Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Mayerly Gómez Suarez.

NOMBRE: MAYERLY ANDREA GOMEZ SUAREZ
C.C. 1.030.555.808
DR. CLL 55 # 80 B 29 SUR
Telefono: 3204669506 / maye01498@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 # 11007062025

PROGRAMA	EIH GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	Maerim Gómez Juárez
CARGO	APOYO PEDAGOGICO UDS
PERIODO y FECHA	ABRIL

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	APOYO PEDAGOGICO : FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	3	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales	1.1 Planeación Grupal, mínimo de dos encuentros, durante el mes (Formato ICBF), "con las cuatro planeaciones de las áreas correspondientes"	20%	Abril-25	OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (EIH)	2.1. Planeación Encuentro en el hogar (1 por cada participante). 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.	20%	Abril - 25	OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentación requerida tanto en físico como en drive (50)	3.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Acomodación de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalización de cada uno de los documentos de los participantes del GA _ 3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas)	15%	Abril - 2025	OK		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo los 14 de cada mes sus ingresos y egresos y edición de datos ____ durante el mes de ABRIL	4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes ABRIL 4.2 Soportes de egreso 4.3 Soportes de ingreso 4.4. Organización de las carpetas en digital (El manejo sujeto a dinamicas internas bajo acta)	10%	Abril - 2025	OK		
		5.Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios,Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.	5.1 Formato RAM 5.2 Refrigerios 5.3 Formato RPP 5.4 Fotografías y registro fílmico uno a uno de la entrega de RPP - en power Point	10%	Abril - 2025	OK		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algún documento	6.1 Formato de novedades por grupo de atención. (El manejo sujeto a dinámicas internas bajo acta)	10%	Abril - 2025	OK		
		7. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faciliten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	7.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS que se sean asignados. (JUEGOS NO ESTRUCTURADOS) Según sea estipulado en el salón comunal 7.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 7.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación. 7.4. Asistir a la jornada Reflexión Pedagógica y cualificación a talento humano.	15%	Abril - 2025	OK		

FIRMA CONTRATISTA	Maerim
NOMBRE:	Maerim Gómez
C.C.	1030.555.308

FIRMA COORDINADORA	Shanna Nacional
NOMBRE:	Shanna Nacional
C.C.	52511201

Vo Bo

MOVIIRED

10/04/2025 12:30:06
PAPELERIA Y MISCELANEA
LUCHO Y GATICA
#064883

No. transacción
ON250410.1230.J44347

TRANSACCIÓN EXITOSA
PAGO DE FACTURAS

Banco de Bogotá

No. autorización 77625347545
Convenio: PLANILLA ASISTIC
COMPENSAR
No. Ref: 8385127099
Valor: $415,400

LINEA DE ATENCIÓN 01800
512825 (opción 3) Bogotá
3077200 (opción 3)

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

Señor(a): MAYERLY ANDREA GOMEZ SUAREZ
No. Identificación: CC1030555808
Dirección: CLL 55 N 80 B 29 SUR
Telefono: 3204669506
Correo: mayesita23@hotmail.es
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8385127099

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	MAYERLY ANDREA GOMEZ SUAREZ
Tipo y número de identificación	CC1030555808
Número de planilla	8385127099
Fecha pago	2025-04-10
Número de autorización pago	49211422
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	marzo de 2025
Periodo de Cotización Pensión	marzo de 2025
Número de Administradoras	3
Total Pagado	415400
Total Intereses de Mora	2100

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	7600	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	228900	1
EPS008	Compensar EPS	178900	1

PAGADA
8385127099

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1030555808
APELLIDOS Y NOMBRES: MAYERLY ANDREA GOMEZ SUAREZ

C... 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	1423500	1423500	1423500	0	178000	0	227800	0	7500	0

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

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

CUENTA DE COBRO No. 3

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
APC2025-EIH-CON007

NOMBRE: NICOL ALEJANDRA BARRERO VASQUEZ
CEDULA: 1.233.489.641
CUENTA BANCARIA:3135381440 BANCO: DAVIPLATA AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: ($2.417.697) DOS MILLONES CUATROCIENTOS DIECISIETE MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y SIETE M/CTE.
PERIODO: **Fase de atención ABRIL 2025**

CONCEPTO: Cargo – EIH Kennedy Gestando Futuro Periodistas del contrato N. 11007062025. 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: ($2.417.697) DOS MILLONES CUATROCIENTOS DIECISIETE MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y SIETE 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:

Johanna Mayoral

Johanna Mayoral Cerquera
Coordinadora
C.C. 52.517.201

Aprobado por:

Ana Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: NICOL ALEJANDRA BARRERO VASQUEZ
C.C. 1.233.489.641
DR. CALLE 2 # 89 D 37
Telefono: 3135381440 / barrerovasqueznicolalejandra@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 # 11007062025

PROGRAMA	EIH GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	Nicol Alejandra Barrero
CARGO	APOYO PEDAGOGICO UDS
PERIODO y FECHA	ABRIL

					APOYO PEDAGOGICO :			
FASE	**PAGO No**	**PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES**	**FUENTES DE VERIFICACIÓN**	**PORCENTAJE**	**FECHA DE REVISION**	**CUMPLE**	**NO CUMPLE**	**OBSERVACIONES**
ATENCION	3	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales	1.1 Planeación Grupal, mínimo de dos encuentros, durante el mes (Formato ICBF), "con las cuatro planeaciones de las áreas correspondientes"	20%	Abril - 25	OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (EIH)	2.1. Planeación Encuentro en el hogar (1 por cada participante). 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.	20%	Abril - 25	OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentación requerida tanto en físico como en drive (50)	3.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Acomodación de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalización de cada uno de los documentos de los participantes del GA _ 3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas)	15%	Abril - 2025	OK		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo los 14 de cada mes sus ingresos y egresos y edición de datos ____ durante el mes de ABRIL	4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes ABRIL 4.2 Soportes de egreso 4.3 Soportes de ingreso 4.4. Organización de las carpetas en digital (El manejo sujeto a dinamicas internas bajo acta)	10%	Abril-2025	OK		
		5.Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios,Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.	5.1 Formato RAM 5.2 Refrigerios 5.3 Formato RPP 5.4 Fotografías y registro fílmico uno a uno de la entrega de RPP - en power Point	10%	Abril 2025	OK		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algún documento	6.1 Formato de novedades por grupo de atención. (El manejo sujeto a dinámicas internas bajo acta)	10%	Abril-2025	OK		
		7. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faciliten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	7.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS que se sean asignados. (JUEGOS NO ESTRUCTURADOS) Según sea estipulado en el salón comunal 7.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 7.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación. 7.4. Asistir a la jornada Reflexión Pedagógica y cualificación a talento humano.	15%	Abril-2025	OK		

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	Nicol Alejandra Barrero
C.C.	1.233.489641

FIRMA COORDINADORA	Johanna Moreno
NOMBRE:	Johanna Moreno
C.C.	52517201

Vobo EHMV

← Detalle del movimiento ? <

¡Pago exitoso!



Pago en	Aportes En Linea
¿Cuánto?	$ 443.400,00
Fecha	12 de abril de 2025 a las 10:52 a. m.
Referencia	M4310493
¿De dónde salió la plata?	Disponible

¿Algún problema con este movimiento?

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 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
2025-03	2025-03	1406422790	94837620 98	1	2025/04/09	2025/04/14	NEQUI	5	$443,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$800	$0	$228,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$227,800	$800	$0	$228,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,500	$100	$0	$7,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$7,500	$100	$0	$7,600
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$28,500	$100	$0	$28,600
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$28,500	$100	$0	$28,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$600	$0	$178,600
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$178,000	$600	$0	$178,600
TOTAL				1	$441,800	$1,600	$0	$443,400

2025/04/12 10:52 AM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 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
2025-03	2025-03	1406422790	9483762098	I	2025/04/09	2025/04/14	NEQUI	5	$443,400

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)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$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	$28,500			$1,423,500	$7,500		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$1,423,500	$7,500		$0	$0
1	CC 1233489641	BARRERO NICOL	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS008	30	$1,423,500	$178,000	CCF24	30	$1,423,500	$28,500	14-11	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	$28,500			$1,423,500	$7,500		$0	$0

2025/04/12 10:52 AM

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

CUENTA DE COBRO No. 3

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
APC2025-EIH-CON044

NOMBRE: YULIETH NATALIA MUÑOZ ZAMORA
CEDULA: 1.032.492.656
CUENTA BANCARIA: 3144270114 BANCO: DAVIPLATA AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: ($2.417.697) DOS MILLONES CUATROCIENTOS DIECISIETE MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS M/CTE.
PERIODO: **Fase Atención Abril 2025**

CONCEPTO: Apoyo Pedagógico – EIH Kennedy Gestando Futuro Periodistas - del contrato N.11007062025. 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: ($2.417.697) DOS MILLONES CUATROCIENTOS DIECISIETE MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y SIETE 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:
Johanna Mayoral
Johanna Mayoral Cerquera Manrique
Coordinadora
C.C. 52.517.201

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
Teléfono: Tel 3144270114 / 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 # 11007062025

PROGRAMA	EIH GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	Yulieth Natalia Muñoz
CARGO	APOYO PEDAGOGICO UDS
PERIODO y FECHA	ABRIL

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	APOYO PEDAGOGICO : FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	3	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales	1.1 Planeación Grupal, mínimo de dos encuentros, durante el mes (Formato ICBF), "con las cuatro planeaciones de las áreas correspondientes"	20%	Abril-2025	OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (EIH)	2.1. Planeación Encuentro en el hogar (1 por cada participante). 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.	20%	Abril-2025	OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentación requerida tanto en físico como en drive (50)	3.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Acomodación de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalización de cada uno de los documentos de los participantes del GA_ 3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas)	15%	Abril-2025	OK		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo los 14 de cada mes sus ingresos y egresos y edición de datos ____ durante el mes de ABRIL	4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes ABRIL 4.2 Soportes de egreso 4.3 Soportes de ingreso 4.4. Organización de las carpetas en digital (El manejo sujeto a dinamicas internas bajo acta)	10%	Abril-2025	OK		
		5.Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios,Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.	5.1 Formato RAM 5.2 Refrigerios 5.3 Formato RPP 5.4 Fotografías y registro fílmico uno a uno de la entrega de RPP - en power Point	10%	Abril-2025	OK		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o falta de algún documento	6.1 Formato de novedades por grupo de atención. (El manejo sujeto a dinámicas internas bajo acta)	10%	Abril-2025	OK		
		7. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faciliten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	7.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS que se sean asignados. (JUEGOS NO ESTRUCTURADOS) Según sea estipulado en el salón comunal 7.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 7.3 Buen uso de los materiales de consumo que se empleen para la ambientación. 7.4. Asistir a la jornada Reflexión Pedagógica y cualificación a talento humano.	15%	Abril-2025	OK		

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	Yulieth Natalia Muñoz
C.C.	1032492656

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Johanna Bogotá
C.C.	52511201

Vo Bo

Nequi

Resumen de pago

Descripción de compra
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Estado de la solicitud
Transacción aprobada

Tienda
COMPENSAR-OI

Fecha de solicitud
20 de abril de 2025

CUS
1422255150

Referencia Nequi
M6099891

¿Cuánto?
$ 416.100,00

Valor de los impuestos
$ 0,00

Número de referencia 2
CC

Número de referencia 3
1032492656

Factura de comercio
85357542

Tu plata salió de:



Disponible

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	
2025-03	2025-03	I	21/04/2025	85357542	$416.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	178.000	0		0		0	10	1.200	0	179.200	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	227.800	0	0	0	0	10	1.500	0	229.300	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	7.500				7.500	10	100	7.600			75	7.600	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	10	0	0	0
ICBF				
0	10	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	178.000	179.200
Pensión	1	227.800	229.300
Riesgos Laborales	1	7.500	7.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	413.300	416.100

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	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.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	
2025-03	2025-03	I	21/04/2025	85357542	$416.100	

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	Exonerado	Nov.	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1032492656	MUÑOZ ZAMORA YULIETH NATALIA	59	0			N																	230301	1.423.500	227.500	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	1	7.500		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Ciudad: BOGOTÁ D.C Mes: ABRIL 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-EIH-CON017

NOMBRE: LUZ ADRIANA ROCHA ALMANZA
CEDULA: 1.098.619.826
CUENTA BANCARIA: 0550488451239757 BANCO: DAVIVIENDA AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: ($2.820.246) DOS MILLONES OCHOCIENTOS VEINTE MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y SEIS PESOS M/CTE.
PERIODO: **FASE DE ATENCION ABRIL 2025**

CONCEPTO: AUXILIAR ADMINISTRATIVO – EIH Kennedy Gestando Futuro Periodistas - Triunfadoras contrato N. 11007062025. Con 350 cupos

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

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

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($2.820.246) Dos millones ochocientos veinte mil doscientos cuarenta 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:

Johanna Mayoral

Johanna Mayoral Cerquera
Coordinadora
C.C. 52.517.201

Aprobado por:

Ana Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,
Luz Adriana Rocha Almanza
NOMBRE: LUZ ADRIANA ROCHA ALMANZA
C.C. 1.098.619.826
DR. Ciudad Tintal II etapa II interior 7 apto 302
Telefono: 3058099400 / luad_2@hotmail.com

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

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO POR [illegible]GO
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
CTO # 11007062025

PROGRAMA	EIH GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	LUZ ADRIANA ROCHA ALMANZA
CARGO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO
PERIODO y FECHA	ABRIL

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	4	1. Manejo, registro e informe de plataforma CUENTAME DEBE ESTAR AL 100% LOS PARTICIPANTES Nota aclaratoria: No se puede egresar participantes sin la toma de talla y peso.	1.1 Cargue de: Participantes Nuevos 300 de la UDS delegada 1.2 Cargue de Talento Humano Nuevo 18 de la UDS delegada 1.3 Cargue de las formaciones de los Participantes, 100% participantes 1.4 Cargue de formatos de la atencion (RAM) 1.5 Cargue de directorio	40%	Abril -205	Ok		
		2. Sistematizacion de la informacion relacionada con los participantes con calidad del dato.	2.1 Directorio de los participantes actualizado de la UDS delegada, mes de abril con la calidad veracidad, pertinencia y completitud. 2.2 Realizacion de formatos RAM, Refrigerios, Bienestarina y entrega de RPP	30%	Abril -205	Ok		
		3. Organizar el archivo fisico y garantizar la seguridad de la informacion de los participantes.	3.1 Archivo fisico de la UDS delegada (Oficios de gestion, actas de equipo, en el marco de los componentes) 3.2 Carpetas de los participantes vinculados a la UDS ____ Participantes	10%	Abril -205	Ok		
		4. solicitud de Refrigerios, semanal MIERCOLES 10 am	4.1 Kardex de ingresos y egresos de pedidos de refrigerios 4.2 Consolidado del mes 4.3 Diligensamiento en el drive de la solicitud de pedidos de refrigerios semanal (jueves de cada semana)	15%	Abril -205	Ok		
		5. Inventario 2025	5.1 Realizar la consolidacion y actualizacion de los inventarios en el excel correspondiente 5.2 Inventario de equipos	5%	Abril -205	Ok		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Luz Adriana Rocha
NOMBRE:	Luz Adriana Rocha
C.C.	1098648826

FIRMA COORDINADORA	Johana Mayoral
NOMBRE:	Johana Mayoral
C.C.	52 514 201

V°B°
GAMU

ABR 08 2025 14:34:54 ICT11:2A EX
EXITO FLORESTA
AVX 68 90-88
CORRESPONSAL
BANCO DE BOGOTA
C.UNICO: 0012789061 TER: IZ6ZZ403
C.BANC: 0001
ID CAJERO: 0017140597
RECIBO: 000691 RRN: 001591
RECAUDO APRO: 210907
SERVICIO: 00001138
FACTURA: 00000000000000008385200941
** PAGO FACTURA **
TRANSACCION EXITOSA
RECAUDO $ 413.800

BANCO DE BOGOTA es responsable por los servicios prestados por el CB. El CB no puede prestar servicios financieros por su cuenta.
Para reclamos comuniquese al:
01 8000518877
CONSERVE ESTA TIRILLA COMO SOPORTE.
*** CLIENTE ***

ABR 08 2025 14:34:54 ICT11:2A EX
EXITO FLORESTA
AVX 68 90-88
CORRESPONSAL
BANCO DE BOGOTA
C.UNICO: 0012789061 TER: IZ6ZZ403
C.BANC: 0001
ID CAJERO: 0017140597
RECIBO: 000691 RRN: 001591
RECAUDO APRO: 210907
SERVICIO: 00001138
FACTURA: 00000000000000008385200941
** PAGO FACTURA **
TRANSACCION EXITOSA
RECAUDO $ 413.800

BANCO DE BOGOTA es responsable por los servicios prestados por el CB. El CB no puede prestar servicios financieros por su cuenta.
Para reclamos comuniquese al:
01 8000518877
CONSERVE ESTA TIRILLA COMO SOPORTE.
*** CLIENTE ***

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

Señor(a): LUZ ADRIANA ROCHA ALMANZA
No. Identificación: CC1098619826
Dirección: AK 80 G 6-19
Telefono: 6015865932
Correo: luad_2@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8385200941

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	LUZ ADRIANA ROCHA ALMANZA
Tipo y número de identificación	CC1098619826
Número de planilla	8385200941
Fecha pago	2025-04-08
Número de autorización pago	48823555
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	marzo de 2025
Periodo de Cotización Pensión	marzo de 2025
Número de Administradoras	3
Total Pagado	413800
Total Intereses de Mora	500

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	7600	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	228000	1
EPS005	Sanitas EPS	178200	1

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

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS005	230201	1423500	1423500	1423500	0	178000	0	227800	0	7500	0

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