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

TALENTO HUMANO

FASE DE ATENCION

JUNIO 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

DAVIVIENDA

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

lunes 30 de junio de 2025

Comprobante de Transferencia

La transacción ha sido realizada con éxito

Datos de la transferencia	
Fecha de proceso:	30/06/2025
Hora de proceso:	15:40
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 GRAN BRITAL JUNIO
Valor:	$ 54.919.238,00
Referencia:	6800000000000001
Código Egreso:	680
Rubro Presupuestal - Tipo Servicio:	0000000000001
Resultado de la Transferencia	
Estado de la transferencia:	Transferencia Exitosa
Número de aprobación:	422624683
Fecha y Hora de Pago:	30/06/2025 15:43

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

lunes 30 de junio de 2025

Comprobante de Transferencia

La transacción ha sido realizada con éxito

Datos de la transferencia	
Fecha de proceso:	30/06/2025
Hora de proceso:	15:45
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 PERIODISTAS JUNIO
Valor:	$ 47.821.568,00
Referencia:	6800000000000001
Código Egreso:	680
Rubro Presupuestal - Tipo Servicio:	0000000000001
Resultado de la Transferencia	
Estado de la transferencia:	Transferencia Exitosa
Número de aprobación:	422624736
Fecha y Hora de Pago:	30/06/2025 15:47

Transacción sujeta a verificación

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial

Asociacion Profesionales de Colombia

830.107.985-1

Relacion de gastos

Eih Kennedy

Talento Humano Contrato 11007062025

Mes Junio 2025 Fase De Atencion

PROVEEDOR	TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN PROVEEDOR	CARGO	SOPORTE	DESCRIPCION SOPORTE	COMPROBANTE DE EGRESO	RUBRO	VALOR TOTAL EJECUTADO	RETEICA 9,66%	VALOR TOTAL PAGADO
Emilee 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	$ 2.083.370	$ 20.125	$ 2.063.245
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
Kareth 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	$ 2.271.156	$ 21.939	$ 2.249.217
Joselito Rodriguez Galeano	Cc	1.116.916.542	Coordinadora	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 1.514.104	$ 14.626	$ 1.499.478
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
Claudia Marcela Angarita Bastilla	Cc	53.075.806	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								$ 102.153.188	$ 986.800	$ 101.166.388

PRESUPUESTO $ 102.742.250
DIFERENCIA $ 589.062

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

CUENTA DE COBRO No. 5

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 Junio 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 Roció 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 AGUILAR
CARGO	COORDINADOR
PERIODO y FECHA	JUNIO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	5	1, Informe Técnico, que de cuenta de la ejecución de cada uno de los componentes en el mes de Atención	1.1 Formato f8 contractual según parte correspondiente a cada coordinación. 1.2. Organización Drive x Unidad con los estandares del Contractual y cargar los soportes Existentes. 1.3 Formato f8 Acciones	10%	Junio	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%	Junio	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	10%	Junio	OK		
		4. Novedades de Ingresos y egresos Durante el mes de JUNIO	4.1 Formato de Novedades de la UDS. _____ Casos, junto con sus soportes 4.2. Formato de póliza al día y triangulado con las novedades del mes	5%	Junio	OK		
		5, Monitorear el cumplimiento Cuentame al 100% Mensual **Nota aclaratoria**: No se puede egresar participantes de Junio 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%	Junio	OK		
		6. Organizar, Monitorear y acompañar: * Entrega de RFPP * Entrega de Refrigerios	6.1. Formatos RPP - 18 Listados en total_ 3 por profe (Traer los físicos para verificar _ organizados en una AZ legajados por unidad.) 6.2 Formatos de Refrigerio - 72 listados en total _12 por profe (Traer los físicos para verificar_organizados en una AZ legajados por unidad)	15%	Junio	OK		
		7. Liderar , Monitorear y acompañar: * Encuentro Grupales a las Familias * Visitas en el Hogar a las Familias	7.1. Formatos RAM. 18 Listados en total_ 3 por profe (Traer los físicos para verificar organizados en una AZ legajados por unidad)	15%	Junio	OK		
		8. Construcción de la nómina recepcion y verificación de la documentación para formalización.	8.1. Formato de nómina en excell. 8.2. Check list de nómina por cargo (100% de los soportes relacionados) de la UDS asignada. 8.3. Certificación de cumplimiento. de las Personas del equipo. (Verificación Técnica y pedagógica)	10%	Junio	OK		
		9.Monitorear y acompañar el proceso de Inventarios 2024	9.1.Realizar la consolidación del inventario 9.2. Inventario de equipos Audiovisuales y Elementos entregados por APC	5%	Junio	OK		
		10. Acta Reflexión pedagogica	10.1 Planeacion 10.2 Acta 10.3 Registro fotografico	5%	Junio	OK		
		11. Avances SIGE	11. 1 Organización Carpetas físicas y digitales por unidad 11.2 Incluir los doc de avances de acuerdo a los estandares	5%	Junio	OK		
		12. Comité Técnico Operativo correspondiente al mes de abril Realización del comité técnico operativo según lineamientos del Centro Zonal, con el objetivo de coordinar acciones, validar procesos y hacer seguimiento técnico, administrativo y financiero del contrato.	2.1 Diligenciar los puntos del acta de desarrollo del Comité Técnico Operativo, con la presentación de los asistentes, seguimiento a compromisos del comité anterior y desarrollo de los componentes Técnico, Salud y Nutrición, y Financiero. 2.2 Crear la presentación en formato PowerPoint con la consolidación de información por componente. 2.3 Evidencias fotográficas del comité (si es presencial) o pantallazo de asistencia (si es virtual) 2.4 Carga oportuna de la documentación en la carpeta Drive correspondiente, a más tardar el 06/05/2025 antes de las 12:00 p.m., incluyendo Word del desarrollo de la agenda, presentación y soportes. 2.6 Asistir y dar cumplimiento del cronograma y medio de encuentro comunicado por el Centro Zonal.	10%	Junio	OK		
				TOTAL 100%				

FIRMA CONTRATISTA	Emilce R
NOMBRE:	Emilce Rojas
C.C.	52357450

FIRMA COORDINADORA	Eliana Rojas
NOMBRE:	Eliana Rojas
C.C	52357450

Traducir al español

¡Hola, emilce rojas aguilar!

Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:



Valor: $ 512.800
Empresa: COMPENSAR-OI
Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Fecha de la transacción: 06/06/2025
CUS: 1534767891
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

ACH Colombia Oficial · @ACHColombia · ACHColombiaOficial · ACH Colombia Oficial

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		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-05	I	06/05/2025	86750047	$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	890903790-5	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

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		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-05	2025-05	I	06/06/2025	86750047	$512.800

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiz. extranjero	Extranjero	IGE	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	52278676	ROJAS AGUILAR EMILCE	59	0			N																	23030I	1.766.400	282.700	0	0	0	0	EPS008	1.766.400	220.800	14-11	1.766.400	1	9.300		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: JUNIO Día: 30 Año: 2025

CUENTA DE COBRO No. 5

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 Junio 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 KENNEDY
NOMBRE	Ana María Barrera León
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	JUNIO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	5	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" 2 Horas efectivas(Estar en los salones comunales 15 minutos del inicio de los encuentros grupales)	20%	Junio	OK		4 planeac 4 EG
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (EIH)	2.1. Planeacion 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%	Junio			49 visitas pverp nosp en casa
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion 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 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA _ 3.4 Archivo Fisico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas)	5%	Junio	OK		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo el el ultimo viernes de cada mes sus ingesos y egresos ____ durante el mes de Junio	4.1 Formato de ingresos y egresos 9 en el mes Junio 4.2 Soportes de egreso 4.3 Soportes de ingreso	10%	Junio	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 uno a uno de la entrega de RPP - en power Point 5.5 Formato de Bienestarina	10%	Junio	OK		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o por documentos faltantes	6.1 Formato de novedades	5%	Junio	OK		
		7.Escala cualitativa del desarrollo	7.1 Aplicación de escala. 7.2 Diligenciamiento del formato fisico , archivado en cada carpeta y escaneado en el drive de participantes 7.3 Socializarlo escalas realizadas mes anterior	5%	Junio	OK		
		8.Microproyectos	8.1Socializacion microproyectos en word y presentación power point,(objetivos,autor,intencionalidad,recursos)	10%	Junio	OK		
		9. Generar espacios y ambientes enrriquecidos que faliciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	9.1 Ambientación de espacios fisicos de la UDS, "Padres qe son muy madres" 8.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica.	15%	Junio	OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Ana María Barrera
NOMBRE:	Ana María Barrera
C.C.	1.030.572.403

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Emilce Roa
C.C.	52.786.7[illegible]

UDS EIHV

Resumen de pago

Descripción de compra
Pago de la Planilla de aportes con clave\
9486100631

Estado de la solicitud
Transacción aprobada

Tienda
APORTES EN LINEA

Fecha de solicitud
5 de junio de 2025

CUS
1534144098

Referencia Nequi
M21310307

¿Cuánto?
$ 414.000,00

Valor de los impuestos
$ 0,00

Número de referencia 1
186.154.35.233

Número de referencia 2
CC

Número de referencia 3
1030572403

Factura de comercio
9486100631

Tu plata salió de:

 Disponible

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-05	2025-05		9486100631	1	2025/06/04			0	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES					
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tda	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	dp	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,423,500	$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	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	0.522%	$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

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-05	2025-05		9486100631	1	2025/06/04			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	$0	$0	$227,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	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
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$413,300	$0	$0	$413,300

aportes en línea

Comprobante Liquidación

Datos Generales Del Aportante

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Correo Electrónico	Ciudad-Departamento	Celular
CC 1030572403		BARRAGAN LEON ANA MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	abarraganleon@gmail.com	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3219905315

Clave: 9486100631

Pague hasta	Dias de Mora	Valor Mora	Total a Pagar
2025/06/04	0	$0	$413,300
2025/06/05	1	$500	$413,800
2025/06/06	2	$700	$414,000
2025/06/09	5	$1,500	$414,800
2025/06/10	6	$1,700	$415,000
2025/06/11	7	$2,100	$415,400
2025/06/12	8	$2,300	$415,600
2025/06/13	9	$2,600	$415,900
2025/06/16	12	$3,300	$416,600
2025/06/17	13	$3,600	$416,900

Periodo Pensión: 2025-05 **Periodo Salud: 2025-05**

Riesgo	Administradoras	Afiliados	Total a Pagar
AFP	1	1	$227,800
PROTECCION		1	$227,800
ARL	1	1	$7,500
ARL SURA		1	$7,500
EPS	1	1	$178,000
SANITAS		1	$178,000
SUBTOTAL			$413,300
COMISION OPERADOR			$0
IVA			$0
TOTAL			$413,300

Canales de Pago

BANCARIOS

Banco AV Villas

Banco de Occidente

Banco de Bogotá

NO BANCARIOS

efecty éxito SURTIMAX Carulla

Cajas registradoras de los almacenes
Monto máximo por transacción $9.999.999

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

CUENTA DE COBRO No. 5

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 Junio 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 KENNEDY
NOMBRE	Liliana Perc.
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	JUNIO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	5	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* 2 Horas efectivas(Estar en los salones comunales 15 minutos del inicio de los encuentros grupales)	20%	Junio	OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (EIH)	2.1. Planeacion 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%	Junio	49 visitas		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en fisico como en driva (50)	3.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA _ 3.4 Archivo físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas)	5%	Junio	OK		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo el el ultimo viernes de cada mes sus ingresos y egresos ____ durante el mes de Junio	4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes Junio 4.2 Soportes de egreso 4.3 Soportes de ingreso	10%	Junio	OK		
		5.Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios,App y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.	5.1 Formato Ram 5.2 Refrigerios 5.3 Formato RPP 5.4 Fotografias uno a uno de la entrega de RPP - en power Point 5.5 Formato de Bienestarina Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni	10%	Junio	OK		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o por documentos faltantes	6.1 Formato de novedades	5%	Junio	OK		
		7.Escala cualitativa del desarrollo	7.1 Aplicación de escala. 7.2 Diligenciamiento del formato fisico , archivado en cada carpeta y escaneado en el drive de participantes 7.3 Socializarlo escalas realizadas mes anterior	5%	Junio	OK		
		8.Microproyectos	8.1Socialización microproyectos en word y presentación power point,(objetivos,autor,intencionalidad,recursos)	10%	Junio	OK		
		9. Generar espacios y ambientes enriquecidos que feliciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	9.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS, "Padres qe son muy madres" 8.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica.	15%	Junio	OK		
				TOTAL 100%				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	
C.C.	52.994.560

FIRMA COORDINADORA	Emilce R.
NOMBRE:	Emilce R.
C.C.	52.985.030

VoBo
EMV

← Comprobante de pago

Pago realizado

Pago en
Aportes En Linea

¿Cuánto?
$ 413.800,00

Fecha
05 de junio de 2025 a las 08:06 p. m.

Referencia
M21120935

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 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
2025-05	2025-05	1534116801	9486206019	I	2025/06/05	2025/06/06	NEQUI	1	$413,800

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)					$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	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
Total	**Afiliados(1)**					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0

CamScanner

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 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
2025-05	2025-05	1534116801	9486206019	I	2025/06/05	2025/06/06	NEQUI	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
PORVENIR	230301	800,224,808	8	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**

CamScanner

Ciudad: BOGOTÁ D.C Mes: JUNIO 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-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 Junio 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 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:

Emilce Rojas Aguilar
Coordinadora
C.C. 52.278.676

Aprobado por:

Ana Rocio Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Nidia Perez V.

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 KENNEDY
NOMBRE	Nidia Perez
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	JUNIO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	5	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" 2 Horas efectivas(Estar en los salones comunales 15 minutos del inicio de los encuentros grupales)	20%	Junio	OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (EIH)	2.1. Planeacion 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%	Junio	OK		46 visitas 2 pend 2 Hosp/
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion 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 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA _ 3.4 Archivo Fisico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas)	5%	Junio	OK		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo el el ultimo viernes de cada mes sus ingesos y egresos ____ durante el mes de Junio	4.1 Formato de ingresos y egresos 62 en el mes Junio 4.2 Soportes de egreso 4.3 Soportes de ingreso	10%	Junio	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 uno a uno de la entrega de RPP - en power Point 5.5 Formato de Bienestarina	10%	Junio	OK		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o por documentos faltantes	6.1 Formato de novedades	5%	Junio	OK		
		7.Escala cualitativa del desarrollo	7.1 Aplicación de escala. 7.2 Diligenciamiento del formato fisico , archivado en cada carpeta y escaneado en el drive de participantes 7.3 Socializarlo escalas realizadas mes anterior	5%	Junio	OK		
		8.Microproyectos	8.1Socializacion microproyectos en word y presentación power point,(objetivos,autor,intencionalidad,recursos)	10%	Junio	OK		
		9. Generar espacios y ambientes enrriquecidos que faliciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	9.1 Ambientación de espacios fisicos de la UDS, "Padres qe son muy madres" 8.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica.	15%	Junio	OK		
				TOTAL 100%				

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

FIRMA COORDINADORA	Emice B
NOMBRE:	Emice Bolaños
C.C.	52.[illegible]6

VoBo AM

JUN 16 2025 15:47:00 REMDES10.5

CORRESPONSAL
MASIVOS PREMIUM JAQUEL
CR 77Y 47A 10 SUR

BANCO DE BOGOTA

C.UNICO: 0018726034 TER: AB1EZ896
Cc
V.ELECTRON
**7826 RECIBO: 016554 RRN: 028010
APRO: 243299
RECAUDO

SERVICIO: 0000001506
FACTURA: 0000000009486839071
** PAGO FACTURA **
TRANSACCION EXITOSA

RECAUDO $ 413.300

*** CLIENTE ***
MAYOR 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	Días Mora	Valor
2025-05	2025-05	1000000383	9486839071	I	2025/06/19	2025/06/17	BANCO DE BOGOTA	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 52463180	PEREZ LUZ	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

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 78bl# 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
2025-05	2025-05	1000000383	9486839071	I	2025/06/19	2025/06/17	BANCO DE BOGOTA	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: JUNIO Día: 30 Año: 2025

CUENTA DE COBRO No. 5

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 Junio 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 Rocio 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 KENNEDY
NOMBRE	MARTHA ELIZABETH PAEZ ALARCÓN
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	JUNIO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	5	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" 2 Horas efectivas(Estar en los salones comunales 15 minutos del inicio de los encuentros grupales)	20%	Junio	OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (EIH)	2.1. Planeacion 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%	Junio	OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion 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 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA _ 3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas)	5%	Junio	OK		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo el el ultimo viernes de cada mes sus ingesos y egresos ____ durante el mes de Junio	4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes Junio 4.2 Soportes de egreso 4.3 Soportes de ingreso	10%	Junio	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 uno a uno de la entrega de RPP - en power Point 5.5 Formato de Bienestarina	10%	Junio	OK		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o por documentos faltantes	6.1 Formato de novedades	5%	Junio	OK		
		7.Escala cualitativa del desarrollo	7.1 Aplicación de escala. 7.2 Diligenciamiento del formato fisico , archivado en cada carpeta y escaneado en el drive de participantes 7.3 Socializacio escalas realizadas mes anterior	5%	Junio	OK		
		8.Microproyectos	8.1Socializacion microproyectos en word y presentación power point,(objetivos,autor,intencionalidad,recursos)	10%	Junio	OK		
		9. Generar espacios y ambientes enriquecidos que falciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	9.1 Ambientación de espacios fisicos de la UDS, "Padres qe son muy madres" 8.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica.	15%	Junio	OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	MARTHA ELIZABETH PAEZ A
C.C.	1032359179

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	
C.C.	

UDS EMILY.

DAVIVIENDA

BANCO DAVIVIENDA S.A.

CERTIFICA:

Que **MARTHA ELIZABETH PAEZ ALARCON**, quien se identifica con **Cédula de ciudadanía** No. **1032359119** y es titular de la cuenta terminada en ****3662** , realizó el siguiente pago a través de :

Fecha del pago	Valor	Destino	Factura - Referencia	Número de Autorización
06/06/2025	$ 413.300,00	APORTES EN LINEA	1535046081	35046081

Se expide en Bogotá, el 19-06-2025.

Atentamente,

BANCO DAVIVIENDA S.A.

Banco Davivienda S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

ATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
25-05	2025-05	1535046081	94862906 20	1	2025/06/06	2025/06/06	BANCO DAVIVIENDA	0	$413,300

QUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
lo.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
ucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
ntro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
dad: 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
otal	Afiliados(1)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0

TOS GENERALES DEL APORTANTE

dentificación	dv	Razon Social	Clas tante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Dep ento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
1032359119		PAEZ ALARCON MARTHA ELIZABETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 7 A No 2A -35	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2928246	No

TOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
ensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
5-05	2025-05	1535046081	9486290620	I	2025/06/06	2025/06/06	BANCO DAVIVIENDA	0	$413,300

ESUMEN DE PAGO

ESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
(ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$227,800	$0	$0	$227,800
L (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,500	$0	$0	$7,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$7,500	$0	$0	$7,500
(ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TAL				1	$413,300	$0	$0	$413,300

2025/06/06 09:35 AM

Ciudad: BOGOTÁ D.C Mes: JUNIO 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-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 PESOS M/CTE.
PERIODO: **Fase Atención junio 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.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,

Naciris G

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 KENNEDY
NOMBRE	Kacins Gchenez Galucia
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	JUNIO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	4	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* 2 Horas efectivas(Estar en los salones comunales 15 minutos del inicio de los encuentros grupales)	20%	Junio	ok		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (EIH)	2.1. Planeacion Encuentro en el hogar (1 por cada participante) 2.2 Cronograma de Visitas, con las respectivas Firmas - que evidencia el Desarrollo de los 50 y/o _____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente.	20%	Junio	ok		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion requerida tanto en fisico como en driva (50)	3.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA _ 3.4 Archivo fisico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas)	5%	Junio	ok		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo el el ultimo viernes de cada mes sus ingresos y egresos ____ durante el mes de Junio	4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes Junio 4.2 Soportes de egreso 4.3 Soportes de ingreso	10%	Junio	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 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	10%	Junio	ok		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o por documentos faltantes	6.1 Formato de novedades	5%	Junio	ok		
		7.Escala cualitativa del desarrollo	7.1 Aplicación de escala. 7.2 Diligenciamiento del formato fisico , archivado en cada carpeta y escaneado en el drive de participantes 7.3 Socializarlo escalas realizadas mes anterior	5%	Junio	ok		
		8.Microproyectos	8.1Socializacion microproyectos en word y presentación power point,(ob)etivos,autor,intencionalidad,recursos)	10%	Junio	ok		
		9. Generar espacios y ambientes enriquecidos que falciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	9.1 Ambientación de espacios fisicos de la UDS, "Padres de son muy madres" 8.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica.	15%	Junio	ok		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Kacins G
NOMBRE:	Kacins Gchenez
C.C.	1080584440.

FIRMA COORDINADORA	Emiter
NOMBRE:	Emiter
C.C.	52

VoBo
EIH

miplanilla.com

Identificación aportante: 1030584449

Fecha liquidación: 14/06/2025 10:10:14

Tipo de planilla:

1 - Planilla de Independientes

Número de planilla: 8387407933

Periodo liquidación: Mayo 2025

Fecha límite de pago (aaaa/mm/dd)	Valor a pagar
12/06/2025*	414500.00

*Puede pagar hasta las 23:59:59 de la fecha límite de pago

Información de la planilla

ARL SURA	7600
Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	229400
Compensar EPS	178500

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

Banco de Bogotá

Banco AV Villas

Banco de Occidente

Diligencie el formulario de recaudo con los datos:

- Número de cuenta
- Valor del pago
- Consulte la información en www.miplanilla.com

1030584449

(Corresponde al número de identificación)

Periodo Pensión-Salud: Mayo 2025

Si el valor a pagar supera $5.000.000 realice el pago por ventanilla presentando el documento de identidad.

Número de pago en otras entidades

Periodo Pensión - Salud: Mayo 2025

8387407933

(Corresponde al número de planilla)

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

Puntos 4-72, Puntos con Punto de Pago, todas Compensar, Aldeas de Sur Av. Primero de Mayo, Kennedy, Calle 26, Avenida 68, Calle 42 y Suba), Banco de Bogotá, Banco de Occidente, Red de Oficinas AFC, Almacenes Grupo Éxito.

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

Banco AV Villas y Red Efecty.

Si paga la planilla después de la fecha de corte de los operadores financieros (3:00 p.m.), el

COMPENSAR

NIT 860066942-7

RECAUDO MIPLANILLA

FECHA Y HORA TRANSACCIÓN: 2025/06/14 - 10:14 a. m

DOCUMENTO: CC 1030584449

NOMBRE USUARIO:

NACIRIS MARIA GUTIERREZ GALVAN

MODULO: KENPAR01

ID PAGO:45624723

.

.

.

NO PLANILLA: 8387407933

PERIODO DE PAGO: mayo

VALOR PAGADO: $ 414000

.

.

.

TOTAL: $ 414000

EFECTIVO: $ 450000

CAMBIO: $ 36000

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

Señor(a): NACIRIS MARIA GUTIERREZ GALVAN
No. Identificación: CC1030584449
Dirección: KR 72 M NO 43 33 SUR BR BOITA
Telefono: 2048169
Correo: NOTIENE@HOTMAIL.COM
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 87407933

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	NACIRIS MARIA GUTIERREZ GALVAN
Tipo y número de identificación	CC1030584449
Número de planilla	87407933
Fecha pago	2025-06-16
Número de autorización pago	1986681
Banco	1083

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	mayo de 2025
Periodo de Cotización Pensión	mayo de 2025
Número de Administradoras	3
Total Pagado	414000
Total Intereses de Mora	700

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	7600	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	228100	1
EPS008	Compensar EPS	178300	1

87407933

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1030584449
APELLIDOS Y NOMBRES: NACIRIS MARIA GUTIERREZ GALVAN

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	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: JUNIO Día: 30 Año: 2025

CUENTA DE COBRO No.5

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 Junio 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 Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Shirley Paola Vanegas Prada

NOMBRE: SHIRLEY PAOLA VANEGAS PRADA
CC: 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 KENNEDY
NOMBRE	SHIRLEY PAOLA VANEGAS PRADA
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	JUNIO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	5	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" 2 Horas efectivas(Estar en los salones comunales 15 minutos del inicio de los encuentros grupales)	20%	Junio	OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (EIH)	2.1. Planeacion 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%	Junio	OK		60
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion 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 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA _ 3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas)	5%	Junio	OK		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo el el ultimo viernes de cada mes sus ingesos y egresos ____ durante el mes de Junio	4.1 Formato de Ingresos y egresos 5 en el mes Junio 4.2 Soportes de egreso 4.3 Soportes de Ingreso	10%	Junio	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 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	10%	Junio	OK		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o por documentos faltantes	6.1 Formato de novedades	5%	Junio	OK		
		7.Escala cualitativa del desarrollo	7.1 Aplicación de escala. 7.2 Diligenciamiento del formato fisico , archivado en cada carpeta y escaneado en el drive de participantes 7.3.Socializarlo escalas realizadas mes anterior	5%	Junio	OK		
		8.Microproyectos	8.1Socializacion microproyectos en word y presentación power point,(objetivos,autor,intencionalidad,recursos)	10%	Junio	OK		
		9. Generar espacios y ambientes enrriquecidos que falliciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	9.1 Ambientación de espacios fisicos de la UDS, "Padres qe son muy madres" 8.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica.	15%	Junio	OK		
			TOTAL	100%				

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

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	
C.C.	

VPB
EMM

Gmail

PAOLA VANEGAS <paolavp2008@gmail.com>

Pago exitoso

1 mensaje

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

7 de junio de 2025, 11:20



¡Pago exitoso!

Hiciste un pago en COMPENSAR-OI por $413.300,00
Fecha: El 7 de junio de 2025
Hora: 11:20 AM

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

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

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

Nequi

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

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

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-05	I	09/06/2025	86872716	$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
25-14	Colpensiones	900336004-7	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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52769729	SHIRLEY PAOLA VANEGAS PRADA		Cll 40 sur # 72d - 50	3118647601	paolavp2008@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.	

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: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-05	2025-05	I	09/06/2025	86872716	$413.300

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																				PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	IGE	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
CC	52769729	VANEGAS PRADA SHIRLEY PAOLA	59	0			N																	25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	178.600	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: JUNIO Día: 18 Año: 2025

CUENTA DE COBRO No. 5

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: ($2.083.370) DOS MILLONES OCHENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS SETENTA PESOS M/CTE.
PERIODO: **Fase Atención Junio 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: ($2.083.370) Dos millones ochenta y tres mil trescientos setenta 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: 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 KENNEDY
NOMBRE	Deidy Daza
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	JUNIO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	5	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" 2 Horas efectivas(Estar en los salones comunales 15 minutos del inicio de los encuentros grupales)	20%	Junio			• 2 planeac • 2 EEEG
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (EIH)	2.1. Planeacion 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%	Junio			39 visitas
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion 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 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA _ 3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas)	5%	Junio	OK		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo el el ultimo viernes de cada mes sus ingesos y egresos ___ durante el mes de Junio	4.1 Formato de ingresos y egresos 10 en el mes Junio 4.2 Soportes de egreso 4.3 Soportes de ingreso	10%	Junio	OK		10 ingres 10 Egresos
		5.Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios,Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.	5.1 Formato Ram 5.2 Refrigerios 5.3 Formato RPP 5.4 Fotografias uno a uno de la entrega de RPP - en power Point 5.5 Formato de Bienestarina Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni	10%	Junio	0		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o por documentos faltantes	6.1 Formato de novedades	5%	Junio	OK		
		7.Escala cualitativa del desarrollo	7.1.Aplicación de escala. 7.2 Diligenciamiento del formato físico , archivado en cada carpeta y escaneado en el drive de participantes 7.3 Socializarlo escalas realizadas mes anterior	5%	Junio			1 escala.
		8.Microproyectos	8.1Socialisacion microproyectos en word y presentación power point.(objetivos,autor,intencionalidad,recursos)	10%	Junio	OK		
		9. Generar espacios y ambientes enriquecidos que falciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	9.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS, "Padres qe son muy madres" 9.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica.	15%	Junio	OK		
				TOTAL 100%	78%			

78%
Vo Bo EMM

FIRMA CONTRATISTA	Deidy Daza
NOMBRE:	Deidy Daza
C.C.	52973254

FIRMA COORDINADORA	Emilce
NOMBRE:	Emilce Rojas
C.C.	52985515

← Comprobante de pago

Pago en Seguridad social

Pago en
Compensar

Número de planilla
8387277039

¿Cuánto?
$ 413.300,00

Fecha
09 de junio de 2025 a las 06:40 p. m.

Referencia
M13425864

compensar | miplanilla.com

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: 8387277039

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	8387277039
Fecha pago	2025-06-10
Número de autorización pago	12393774
Banco	1023

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

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

PAGADA 8387277039

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

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

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

CUENTA DE COBRO No. 4

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 JUNIO 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 Rocio 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 CONTRATO
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
CTO # 11007062025

PROGRAMA	EIH KENNEDY
NOMBRE	Gina Paola Martinez Castro
CARGO	PSICOSOCIAL
PERIODO y FECH	JUNIO

FASE	PAGO No.	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	4	1. Verifica la existencia del registro civil de las niñas y los niños (y del documento de identidad de las mujeres gestantes). En los casos de no contarse, orienta y hace seguimiento de la familia y cuidadores y adelanta acciones ante la autoridad competente, según corresponda	1.1 Carpetas de los participantes - Base de las 7 atenciones unificada por UDS,apoyar a nutrición con el seguimiento a casos que falten por atenciones en salud.	10%	Junio #REF!	OF		
		2. Implementa acciones de articulación con autoridades, instituciones, servicios sociales, comunidades y los diferentes actores de su territorio, para promover redes protectoras para las niñas, los niños y las mujeres gestantes. (MINIMO 2 gestiones, por profesional psicosocial)	2.1. Cartas de gestion con radicado y/o evidencia del correo enviado(2 efectivas) 2.2. Matriz de Gestión interistitucional Junio unificada por las 3 UDS	10%	Junio	OF		
		3. Validación criterios de focalizacion junto con el documento de identidad, de los nuevos ingresos, Junio_____	3.1 Formato Visita Criterios de Focalización_____ para los casos de ingreso nuevos que aplique 3.2. Subir al drive creado por grupo territorial, los criterios de focalización de los participantes nuevos_____, a los cuales no aplica visita. Se carga la totalidad de Criterios de Focalización de_____ Participantes coresponditentes a los tres grupos de atención delegados. 3.3 Cronograma de Visitas - Firma de las familias Visitadas (Formato APC) 3.4. Base de criterios de focalizacion unificada	15%	Junio	OF		• 16 Crite • 3 Sisben
		4. Realizacion procesos de caracterización, de ___ ingresos para Junio de las Unidades delegadas en el territorio.	4.1 Registro de _____ Nuevos participantes, en el formato 0223.mo12.pp_formato_ficha_de_caracterizacion_para_los_servicios_de_atencion_a_la_primera_infancia_v21.	15%	Junio	OF		19 OF
		5. Formación a familias Temas: Reconocimiento de derechos N/N	5.1 planeaciones 5.2 Acta con firmas.	10%	Junio	OF		
		6. Procesos de Formación y cualificación al Talento Humano de acuerdo con el tema del Plan de Formacion al TH	6.1 Acta, Registro fotografico y Firmas	10%	Junio	OF		
		7. Control Social y Proceso de buzon de sugerencias y control social, (proceso en compañia del comite de control Social).	7.1. Acta de apertura buzon de sugerencias 1 por UDS 7.2 Evidencias fotograficas. 7.3 Acta Reunión Control Social acompañamiento RPP y cumplimiento social	5%	Junio	OF		
		8. Seguimiento a poblacion migrante y desplazados.	8.1 Base excel poblacion migrante y desplazados, Formatos APC 1 por UDS	5%	Junio	OF		
		9. Activacion de rutas según sea el caso	9.1 Formatos de seguimientos,remisiones. 9.2 Matriz de seguimiento a casos., Priorizados y remitidos (Formato APC),	5%	Junio	OF		
		10. Acompañar y apoyar la entrega de RPP	10.1 Acta de verificacion de la RPP con el comite de control social en compañia de la Nutricionista 1 por UDS 10.2 Presencia en el espacio	5%	Junio	OF		
		11. Seguimiento a casos de transito armonico	11.1 Realizar acta con la sensibilicacion y gestion de los casos que requieren orientacion para el transito armonico 11.2 Base de tránsito armónico 1 por UDS	5%	Junio	OF		
		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 garantia de derechos ii. Acciones realizadas de cualificacion iii. Dificutades del componente en el mes 12.2 F8 contractual	5%	Junio	OF		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	Gina Paola Martinez
C.C.	52.978.982

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	
C.C.	

VºBº EMW

Gmail

Gina Paola Martinez Castro <ginamartinez.tsocial@gmail.com>

Pago exitoso

1 mensaje

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

20 de junio de 2025, 12:04



¡Pago exitoso!

Hiciste un pago en SISTEMA INTEGRADO MULTIPLE DE PAGOS ELECTRONICOS S por $443.100,00
Fecha: El 20 de junio de 2025
Hora: 12:04 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

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-06-20, 12:26:10 PM | Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES | Número Planilla: 1072459454

Periodo Cotización: mayo de 2025 | Periodo Servicio: mayo de 2025 | Referencia pago: 8823073501

PAGADA 20/06/2025

. DATOS DEL APORTANTE

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

I. DETALLE DEL APORTANTE

Datos 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	ESP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte Sena	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Mi Ministerio	Total
C 52978862	GINA PAOLA MARTINEZ CASTRO	59	0																		0	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$1,423,500	$227,800	(EPS008) COMPENSAR EPS	$1,423,500	$178,000	0.522	$1,423,500	$7,500	(CCF24) COMPENSAR CCF	$1,423,500	$28,500	$0	$0	$0	$0	$441,800

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, licencias, saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$1,423,500	$1,423,500	$1,423,500	$1,423,500	$227,800	$178,000	$7,500	$28,500	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$441,800	$1,300	$443,100

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4111634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 5114660 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 664 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 927 927 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

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

CUENTA DE COBRO No. 6

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 junio 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	EIH KENNEDY
NOMBRE	Alexandra Garcia
CARGO	PSICOSOCIAL
PERIODO y FECHA	JUNIO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	5	1. Verifica la existencia del registro civil de las niñas y los niños (y del documento de identidad de las mujeres gestantes). En los casos de no contarse, orienta y hace seguimiento de la familia y cuidadores y adelanta acciones ante la autoridad competente, según corresponda	1.1 Carpetas de los participantes - Base de las 7 atenciones unificada por UDS,apoyar a nutrición en el seguimiento a casos que falten por atenciones en salud.	10%	Junio	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 2 gestiones, por profesional psicosocial)	2.1. Cartas de gestion con radicado y/o evidencia del correo enviado(2 efectivas) 2.2, Matriz de Gestión interistitucional Junio unificada por las 3 UDS	10%	Junio	OK		
		3. Validación criterios de focalizacion junto con el documento de identidad, de los nuevos ingresos, Junio _____	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 13 a los cuales no aplica visita. Se carga la totalidad de Criterios de Focalización de _____ Participantes coresponditentes a los tres grupos de atención delegados. 3.3 Cronograma de Visitas - Firma de las familias Visitadas (Formato APC) .	15%	Junio	OK		
		4. Realizacion procesos de caracterización, de ___ ingresos para Junio de las Unidades delegadas en el territorio.	4.1 Registro de 13 Nuevos participantes, en el formato (f23.mo12.pp_formato_ficha_de_caracterizacion_para_los_servicios_de_atencion_a_la_primera_infanci	15%	Junio	OK		
		5.Formación a familias Temas: Reconocimiento de derechos N/N	5.1planeaciones 5.2 Acta con firmas.	10%	Junio	OK		
		6. Procesos de Formación y cualificación al Talento Humano de acuerdo con el tema del Plan de Formacion al TH	6.1 Acta, Registro fotografico y Firmas	10%		OK		
		7.Control Social y Proceso de buzon de sugerencias y control social, (proceso en compañia del comite de control Social).	7.1. Acta de apertura buzon de sugerencias 1 por UDS 7.2 Evidencias fotograficas. 7,3 Acta Reunión Control Social,acompañamiento	5%		OK		
		8.Seguimiento a poblacion migrante y desplazados.	8.1 Base excel poblacion migrante y desplazados, Formatos APC 1 por UDS	5%				
		9.Activacion de rutas según sea el caso	9.1 Formatos de seguimientos,remisiones. 9.2 Matriz de seguimiento a casos., Priorizados y remitidos (Formato APC),	5%	Junio	OK		
		10. Acompañar y apoyar la entrega de RPP	10.1 Acta de verificacion de la RPP con el comite de control social en compañia de la Nutricionista 1 por UDS 10.2 Presencia en el espacio	5%	Junio	OK		
		11.Seguimiento a casos de transito armonico	11.1 Realizar acta con la sensibilicacion y gestion de los casos que requieren orientacion para el trasito armonico 11.2 Base de tránsito armónico 1 por UDS	5%	Junio	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 garantia de derechos ii Acciones realizadas de cualificacion iii Dificutades del componente en el mes	5%	Junio	OK		
			TOTAL	100%				

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

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Emilce Bolaños
C.C.	

Vpb EMV

TransaccionesOnline
Comprobante de Pago
Id de Transaccion:1028102846,
Fecha:2025-06-04 13:06:40,
Producto:Facturas
Numero:3186669533
Monto:$413,300
Respuesta:Pago Exitoso
Codigo autorizacion:188218
Nota:
Nombre Convenio:PLANILLA
AS APORTES EN LINEA
Referencia:9486160625
Tipo Pago:Referenciado
Id Aprobacion:188218
Codigo Convenio:1506
LINEA DE ATENCION AL
CLIENTE:BOGOTA:7432626
/NACIONAL: 018000512825
PRACTISISTEMAS:Corresponsal
Banco de Bogota
Vuelva Pronto! Gracias.

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1032378513		GARCIA AVILA YURI ALEXANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 70B # 65B 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
2025-05	2025-05	1000001299	9486160625	I	2025/06/05	2025/06/04	BANCO DE BOGOTA	0	$413,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION			SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1032378513		GARCIA AVILA YURI ALEXANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 70B # 65B 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
2025-05	2025-05	1000001299	9486160625	I	2025/06/05	2025/06/04	BANCO DE BOGOTA	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

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

CUENTA DE COBRO No. 5

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 junio 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 Rocío 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	EIH GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	Andrea Contreras
CARGO	NUTRICIONISTA
PERIODO y FECHA	JUNIO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCIÓN	5	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: Enfermedades prevalentes 1.2. Complicaciones lactancia materna:	1.1 Planeación cargada al drive 1.2 Realización de los talleres, de las UAS delegadas 1.3 Acta de proceso con listados de asistencias en físico y digital, promoción en la unidad 1.4. Registro fotografico.	15%		05		
		2. Cualificación al Talento Humano, según Cronograma de estrategia IEC (Información Educación y Comunicación en SAN) Temas de Junio: 2.1. Estrategia IEC: Enfermedades prevalentes 2.2.Complicaciones la lactancia materna:	2.1 Planeación cargada al drive 2.2 Acta de proceso con listados de asistencias en físico y digital. 2.3 Registro Fotografico	10%		05		
		3. Tamizaje a participantes nuevos en el mes: y participantes que cumplieron 3 meses de atención_____	3.1. Formato F6 y f7 segun corresponda 3.2.Formato perimetro braquial a quien corresponda APC)(Toma de talla y peso teniendo encuenta la vinculación a la modalidad)	20%		02		
		4. Cargar a la plataforma Cuéntame los datos correspondientes a las tomas iniciales, de los _____ ingresos del mes.	**4. Descargue del excel , generado en aplicativo CUENTAME, donde se encuentren filtrados los participantes ingresados maximo 8 dias despues del Ingreso.** 4.1 Actualización formato F6 4.2 Actualizacion formato F7	5%		04		
		5. Seguimiento Nutricional a Casos (Casos Evento 113, Casos de Desnutrición reporte cuentame y Casos de Riesgo de desnutrición aguda reporte cuentame)	**Casos Desnutrición:** 5.1. Correo electrónico EAPB 5.2. PQR a la EAPB 5.3. Remisión a la familia (Formato APC) 5.4. Seguimiento Nutricional (Formato APC) **Casos Riesgos de Desnutrición Aguda (priorización para encuentro en el hogar) Notificación en tiempo real de los participantes con riesgo.** 5.5. Evidencias cargue riesgo desnutrición(atenciones en salud,educación alimentaria y nutricional,cargue cuentame) **Evento 113: De acuerdo a las solicitudes del CZ los casos que desde la secretaria de salud sean identificados y notificados como desnutrición aguda, deberan contar con seguimiento y acercamiento a las familias para la validación de servicios recibidos por la EAPB, tales como:** 5.7. Entrega de FTLC; 5.8. Consulta de CYD; nutrición, pediatria, examentes complementarios. 5.9. La información recibida debera registrarse en formato de acta APC anexando los soportes que la famila entregue.	20%		04		13 Proyecto
		6. Acompañar y apoyar la entrega de RFPP, Refrigerios y Bienestarina .	**6.Formatos:** 6.1. Formato de Verificación de calidad y cantidad 6.2 Acta de verificacion de la RPP con el comite de control social en compañia de la Psicosocial 6.3 Presencia en el espacio	10%		01		
		7. Acompañar, verificar y apoyar PSB y BPM.	**7.Formatos:** 7.1. Formatos de limpieza y desinfeccion 7.2 Actualizacion de PSB 7.3 Actualizacion de BPM	5%				
		8.Activacion de rutas según sea el caso	8.1 Formatos de seguimientos,remisiones. 8.2 Matriz de seguimiento a casos., Priorizados y remitidos (Formato APC) 8.3.Seguimiento a puerperios(novedades,planeación según corresponda)	5%		01		
		9. Informe de gestión mensual en el formato FB contractual y general de acciones	9. Formato de Informe – Enviado por Coordinación Drive 9.1 FB de acciones(Faltantes esq,vacunas,crecimiento y desarrollo,control prenatal y su respectivo seguimiento,gestante fs con base de las 7 atenciones. i Datos de casos con malnutricion ii Acciones realizadas de cualificacion iii Dificultades del componente en el mes 9.2 FB contractual I Aportes a las obligaciones del componente	5%		01		
		10.. Verificación botiquines por UDS	10.1 Revisión de insumos. 10.2 . Estrategias para uso en salones comunales.	5%				
				100%				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	Andrea Contreras
C.C.	53077041

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	
C.C.	

VoBo

1:12



INTERNET

-$1.116.700,00

Lunes 16 de Junio, 2025

Sin categoría

Descripción

COMPRA INTERNET

Documento

58187038

Información adicional

87426852 MiPlanilla com Pago Proteccion Social

Productos Alcancías Transferir Tarjetas Otros

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	
2025-05	2025-05	I	18/06/2025	87426852	$1.116.700	

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	442.600	0		0		0	0	0	0	442.600	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	566.500	0	0	0	0	0	0		566.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	800992790-5	86.300				86.300	0	0	86.300			863	86.300	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	21.300	0	0	21.300	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	442.600	442.600
Pensión	1	566.500	566.500
Riesgos Laborales	1	86.300	86.300
CCF	1	21.300	21.300
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	1.116.700	1.116.700

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	53077091	JOHANNA ANDREA CONTRERAS MARIN	calle 2 No 92 D-30 Torre 39 Apto101	4711217	andreco85@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	1 – Independiente			BOGOTÁ, D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-05	2025-05	I	16/06/2025	87426852	$1.116.700

.LE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	IRP	IGT	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COTIZACIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
53077091	CONTRERAS MARIN JOHANNA ANDREA	59	0			N																	230301	3.540.225	566.500	0	0	0	0	EPS008	3.540.225	442.500	14-11	3.540.225	3	68.300	CCF24	3.540.225	21.300	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Ciudad: BOGOTÁ D.C Mes: JUNIO 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 -CON074

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 M/CTE.
PERIODO: **Fase Atención Junio 2025**

CONCEPTO: Nutricionista – EIH Kennedy Gestando Futuro gran Britania- 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 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,

Judith Reina

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 # 11007062025

PROGRAMA	EDH GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	JUDITH PATRICIA REINA SOTO
CARGO	NUTRICIONISTA
PERIODO y FECHA	JUNIO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCIÓN	3	1.1 Formular, desarrollar e implementar formaciones de familias como se establece en el cronograma de Capacitación, descuento a la propuesta de cada Nutricionista por territorio. 1.1.1. Estrategia IEC: Enfermedades prevalentes 1.1.2 Complicaciones lactancia materna:	1.1 Planeación cargada al drive 1.2 Realización de los talleres, de las UAS delegadas 1.3 Acta ingreso con listados de asistencias en físico y digital, presentación en la unidad 1.4. Registro fotográfico.	10%	JUNIO	OK		
		2.2 Cualificación al Talento Humano, según cronograma de estrategia IEC (Información Educación y Comunicación en SAN) Temas a tratar: 2.2.1 Estrategia IEC: Enfermedades prevalentes 2.2.2 Complicaciones la lactancia materna:	2.1 Planeación cargada al drive 2.2 Acta ingreso con listados de asistencias en físico y digital. 2.3 Registro Fotográfico	10%	JUNIO	OK		
		3.3 Mensaje a participantes nuevos en el mes; y (participantes que cumplieron 3 meses de atención) ____	3.1. Formato F6 y F7 según corresponda 3.2. Formato perímetro braquial a quien corresponda APC) (Toma talla y peso teniendo encuenta la vinculación a la modalidad)	20%	JUNIO	OK		
		4.4 Cargar en la plataforma Cuéntame los datos correspondientes a las tomas iniciales, de los ____ ingresos del mes.	**4. Descargar el excel , generado en aplicativo CUENTAME, donde se encuentren filtrados los participantes ingresados maximo 48 horas despues del ingreso.** 4.1 Actualización formato F6 4.2 Actualización formato F7	5%	JUNIO	OK		
		5.5 Seguimiento Nutricional a Casos (Casos Evento 113), Casos de Desnutrición reporte cuentame y Casos de Riesgo de desnutrición (agudo reporte cuentame)	**Casos Desnutrición:** 5.1. Correo electrónico EAPB 5.2. POBLACIÓN EAPB 5.3. Remisión a la familia (Formato APC) 5.4. Seguimiento Nutricional (Formato APC) **Casos Riesgo a Desnutrición Aguda (priorización para encuentro en el hogar) Notificación en tiempo real de los participantes con riesgo.** 5.5. Evidencia caso riesgo desnutrición (atenciones en salud, educación alimentaria y nutricional, cargue cuentame) **Evento 113 (De acuerdo a las solicitudes del CZ los casos que desde la secretaria de salud sean identificados y notificados como desnutrición aguda, deberan contar con seguimiento y acercamiento hacia las familias para la validación de servicios recibidos por la EAPB, tales como:** 5.7. Entrega de FTLC; 5.8. Contratación CYD: nutrición, pediatría, examenes complementarios. 5.9. La información recibida debera registrarse en formato de acta APC anexando los soportes que la famila entregue.	20%	JUNIO	OK		19 Ingresos
		6.6 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 verificacion de la RPP con el comite de control social en corresponsabilidad la Psicosocial 6.3 Presentación en el espacio	10%	JUNIO	OK		
		7.7 Acompañar, verificar y apoyar PSB y BPM.	**7.Formatos:** 7.1. Formato visita limpieza y desinfeccion 7.2 Actualización de PSB 7.3 Actualización de BPM	15%	JUNIO	OK		
		8.8 Activación de rutas según sea el caso	8.1 Formatos de seguimientos, remisiones. 8.2 Matriz de seguimiento a casos., Priorizados y remitidos (Formato APC) 8.3 Seguimiento a puerperios (novedades, planeación según corresponda)	15%	JUNIO	OK		
		9.9 Informe de gestión mensual en el formato FB consolidado y general de acciones	9. Formato informe – Enviado por Coordinación Drive 9.1 FB intervenciones (Faltantes eps, vacunas, crecimiento y desarrollo, control prenatal y su respectivo seguimiento, cruce FB con base de datos 7 atenciones. i Datos de casos con malnutricion ii Acciones realizadas de cualificacion iii Dificultades del componente en el mes 9.2 FB intervencional i Aportes a las obligaciones del componente	15%	JUNIO	OK		
		10.10 Verificación botiquines por UOS	10.1 Remisión de insumos. 10.2 FB con registros para uso en salones comunales.	15%	JUNIO	OK		
				100%				

FIRMA CONTRATISTA	Judith Reina
NOMBRE:	Judith Reina
CC.	

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	
CC.	

Vo.Bo. EMM

Bancolombia

Comprobante en línea

19 Jun 2025 18:49:23

Pago PSE

Pago exitoso

CUS 1566940791

Comercio
APORTES EN LINEA

Referencia 1
190.67.212.226

Fecha
19 Jun 2025 18:49:23

Referencia 2
CC

Número de factura
9486989774

Referencia 3
44160991

Descripción del pago
Pago de la Planilla de aportes con clave: 9486989774

Valor del Pago
$440,500

Número de comprobante
TR1843330791

Costo de la transacción
$ 0

Producto origen
Ahorros - Bancolombia
****** 3079**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

en línea

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 131 A # 53-60	SANTA MARTA-MAGDALENA	3186634410	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-05	2025-05	1566940791	9486989774	I	2025/06/24	2025/06/20	BANCOLOMBIA	0	$440,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
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	$0	$0	$227,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$0	$0	$34,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$34,700	$0	$0	$34,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$440,500	$0	$0	$440,500

2025/06/19 06:52 PM

Ciudad: BOGOTÁ D.C Mes: JUNIO 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-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 Junio 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,

JENIFER CONTRERAS YATE

NOMBRE: JENIFER CONTRERAS YATE
CC: 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 CA
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
CTO # 11007062025

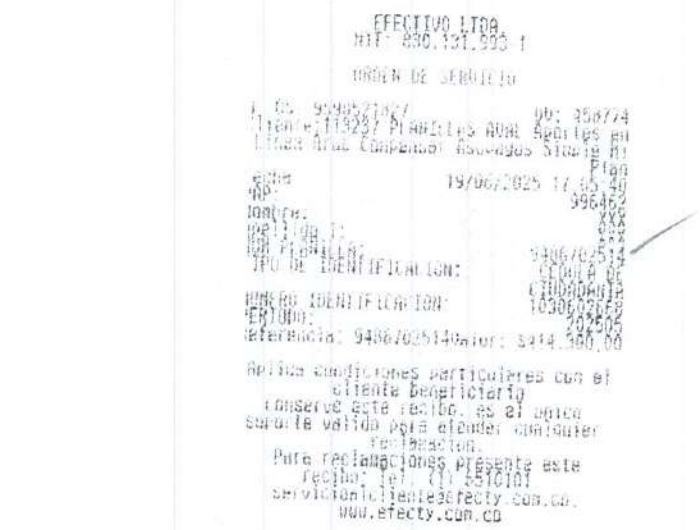
PROGRAMA	EIH KENNEDY
NOMBRE	JENNIFER CONTRERAS
CARGO	APOYO PEDAGOGICO
PERIODO y FECHA	JUNIO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	4	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" 2 Horas efectivas(Estar en los salones comunales 15 minutos del inicio de los encuentros grupales)	20%	JUNIO	OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de minimo 60 minutos de formación (EIH)	2.1. Planeacion 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%	JUNIO	60 OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion 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 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA _ 3.4 Archivo Fisico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas)	5%	JUNIO	OK		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo el el ultimo viernes de cada mes sus ingesos y egresos ____ durante el mes de Junio	4.1 Formato de ingresos y egresos 0 en el mes junio 4.2 Soportes de egreso 4.3 Soportes de ingreso	10%	JUNIO	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 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	10%	JUNIO	OK		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o por documentos faltantes	6.1 Formato de novedades	5%	JUNIO	OK		
		7.Escala cualitativa del desarrollo	7.1.Aplicación de escala. 7.2 Diligenciamiento del formato fisico , archivado en cada carpeta y escaneado en el drive de participantes 7.3.Socialización escalas realizadas mes anterior	5%	JUNIO	OK		
		8.Microproyectos	8.1Socializacion microproyectos en word y presentación power point,(objetivos,autor,intencionalidad,recursos)	10%	JUNIO	OK		
		9. Generar espacios y ambientes enrriquecidos que faliciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	9.1 Ambientación de espacios fisicos de la UDS, "Padres que son muy madres" 8.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica.	15%	JUNIO	OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	JENNIFER CONTRERAS YATE
NOMBRE:	JENNIFER CONTRERAS YATE
C.C.	1.080.962.668

FIRMA COORDINADORA	Emilse Reyes
NOMBRE:	Emilse Reyes
C.C.	52.788.010

VoBo EANU



EFECTIVO LTDA
NIT: 830.131.895 1

ORDEN DE SERVICIO

No. 9498521062 OO: 356724
Tran/e:119287 PIAMELLAS AURA Sedes en
Línea Aral Compensar Asesorías Strata Hi
Plan
Fecha: 19/06/2025 17:53:50
NP: 996462
Nombre: XXX
Identificación: ***
Num Planilla: 9486702514
Tipo de Identificación: CEDULA DE
Número Identificación: 1030622658
Periodo: 202502
Referencia: 9486702514Valor: $214.300,00

Aplica condiciones particulares con el
cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el único
garantía válida para atender cualquier
reclamación.
Para reclamaciones presente este
recibo; tel: (1) 5510101
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
2025-05	2025-05	05396798	9486702514	I	2025/06/17	2025/06/20	BANCO DE OCCIDENTE	3	$414,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$500	$0	$228,300
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$227,800	$500	$0	$228,300
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	$400	$0	$178,400
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$178,000	$400	$0	$178,400
TOTAL				**1**	**$413,300**	**$1,000**	**$0**	**$414,300**

2025/06/20 09:36 AM

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

CUENTA DE COBRO No. 5

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 JUNIO 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 KENNEDY
NOMBRE	Kareth Jeanneth Junco
CARGO	APOYO PEDAGOGICO
PERIODO y FECHA	JUNIO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	5	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" 2 Horas efectivas(Estar en los salones comunales 15 minutos del inicio de los encuentros grupales)	20%	Junio	OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (EIH)	2.1. Planeacion 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%	Junio	45 visitas		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion 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 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA _ 3.4 Archivo Fisico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas)	5%	Junio	OK		
		4. Ingresos y Egresos informar al administrativo el el ultimo viernes de cada mes sus ingesos y egresos ____ durante el mes de Junio	4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes junio 4.2 Soportes de egreso 4.3 Soportes de ingreso	10%	Junio	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 uno a uno de la entrega de RPP - en power Point 5.5 Formato de Bienestarina	10%	Junio	OK		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o por documentos faltantes	6.1 Formato de novedades	5%	Junio	OK		
		7.Escala cualitativa del desarrollo	7.1.Aplicación de escala. 7.2 Diligenciamiento del formato fisico , archivado en cada carpeta y escaneado en el drive de participantes 7.3.Socialización escalas realizadas mes anterior	5%	Junio	OK		
		8.Microproyectos	8.1Socializacion microproyectos en word y presentación power point,(objetivos,autor,intencionalidad,recursos)	10%	Junio	OK		
		9. Generar espacios y ambientes enriquecidos que falciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	9.1 Ambientación de espacios fisicos de la UDS, "Padres que son muy madres" 8.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica.	15%	Junio	OK		
			TOTAL	**100%**				

FIRMA CONTRATISTA	Kareth Junco
NOMBRE:	Kareth Junco
C.C.	52932173

FIRMA COORDINADORA	Emilse
NOMBRE:	Emilse
C.C.	52978[illegible]

VoBo

COMPENSAR
NIT 860066942-7
RECAUDO MIPLANILLA

FECHA Y HORA TRANSACCIÓN: 2025/06/09 - 8:39 a. m.
DOCUMENTO: CC 52932713
NOMBRE USUARIO:
KARENTH JEANNETH JUNCO
MODULO: KENMAQ01
ID PAGO:45508710

.
.
.

NO PLANILLA: 8386754242
PERIODO DE PAGO: mayo
VALOR PAGADO: $ 414500

.
.
.

TOTAL: $ 414500
EFECTIVO: $ 420000
CAMBIO: $ 5500

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: 86754242

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	KARENTH JEANNETH JUNCO	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC52932713	**Periodo de Cotización Salud**	mayo de 2025
Número de planilla	86754242	**Periodo de Cotización Pensión**	mayo de 2025
Fecha pago	2025-06-09	**Número de Administradoras**	3
Número de autorización pago	1980712	**Total Pagado**	414500
Banco	1083	**Total Intereses de Mora**	1200

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	7600	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	228400	1
EPS008	Compensar EPS	178500	1

86754242

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: JUNIO Día: 30 Año: 2025

CUENTA DE COBRO No. 5

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 Junio 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 vinculame 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,

Martha Cecilia Garzon

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 KENNEDY
NOMBRE	Martha Cecilia
CARGO	APOYO PEDAGOGICO
PERIODO y FECHA	JUNIO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	5	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" 2 Horas efectivas(Estar en los salones comunales 15 minutos del inicio de los encuentros grupales)	20%	Junio	OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (EIH)	2.1. Planeacion 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%	Junio	OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion 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 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA _ 3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas)	5%	Junio	OK		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo el el ultimo viernes de cada mes sus ingesos y egresos ____ durante el mes de Junio	4.1 Formato de Ingresos y egresos _____ en el mes junio 4.2 Soportes de egreso 4.3 Soportes de ingreso	10%	Junio	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 uno a uno de la entrega de RPP - en power Point 5.5 Formato de Bienestarina	10%	Junio	OK		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o por documentos faltantes	6.1 Formato de novedades	5%	Junio	OK		
		7.Escala cualitativa del desarrollo	7.1 Aplicación de escala. 7.2 Diligenciamiento del formato fisico , archivado en cada carpeta y escaneado en el drive de participantes 7.3.Socialización escalas realizadas mes anterior	5%	Junio	OK		
		8.Microproyectos	8.1Socializacion microproyectos en word y presentación power point,(objetivos,autor,intencionalidad,recursos)	10%	Junio	OK		
		9. Generar espacios y ambientes enrriquecidos que faliciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	9.1 Ambientación de espacios fisicos de la UDS, "Padres que son muy madres" 8.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica.	15%	Junio	OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Martha Cecilia
NOMBRE:	Martha Cecilia
C.C.	51.930.294.

FIRMA COORDINADORA	Enrique
NOMBRE:	Enrique Pa
C.C.	72.188.6

LPC
EPMO

9:11

Nequi

Resumen de pago

Descripción de compra
Pago de la Planilla de aportes con clave\
9486990434

Estado de la solicitud
Transacción aprobada

Tienda
APORTES EN LINEA

Fecha de solicitud
13 de junio de 2025

CUS
1552941094

¿Cuánto?
$ 420.700,00

Factura de comercio
9486990434

Tu plata salió de:



Disponible

aportes en línea

Comprobante Liquidación

Datos Generales Del Aportante

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Correo Electrónico	Ciudad-Departamento	Celular
CC 51930289		GARZON MARTHA CECILIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	marthaceciliag2003@gmail.com	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3105827277

Clave: 9486990434

Pague hasta	Dias de Mora	Valor Mora	Total a Pagar
2025/06/24	0	$0	$420,700
2025/06/25	1	$500	$421,200
2025/06/26	2	$700	$421,400
2025/06/27	3	$1,000	$421,700

Periodo Pensión: 2025-05 **Periodo Salud: 2025-05**

Riesgo	Administradoras	Afiliados	Total a Pagar
AFP	1	1	$227,800
PROTECCION		1	$227,800
ARL	1	1	$14,900
ARL SURA		1	$14,900
EPS	1	1	$178,000
COMPENSAR		1	$178,000
SUBTOTAL			$420,700
COMISION OPERADOR			$0
IVA			$0
TOTAL			$420,700

Canales de Pago

BANCARIOS

Banco AV Villas

Banco de Occidente

Banco de Bogotá

NO BANCARIOS

Efecty éxito SURTIMAX Carulla

Cajas registradoras de los almacenes
Monto máximo por transacción $9.999.999

Powered by CamScanner

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
2025-05	2025-05	1552941094	9486990434	I	2025/06/24	2025/06/16	NEQUI	0	$420,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing ret tde tae tdp tap vsp cor vst sln ige lma vac avp vct irl vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500		$14,900		$0	$0		$420,700
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		$420,700
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		$420,700
1	CC	51930289	GARZON MARTHA	23020 1	30	$1,423,500	$227,800	EPS008	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,423,500	1.0443	$14,900	0	$0	$0	No	$420,700
Total		**Afiliados(1)**				$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500		$14,900		$0	$0		$420,700

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
2025-05	2025-05	1552941094	9486990434	I	2025/06/24	2025/06/16	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**

Powered by CamScanner

Ciudad: BOGOTÁ D.C Mes: JUNIO 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 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 Junio 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 Florez 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 KENNEDY
NOMBRE	Luz Amparo Flórez Castro
CARGO	APOYO PEDAGOGICO
PERIODO y FECHA	JUNIO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	5	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" 2 Horas efectivas(Estar en los salones comunales 15 minutos del inicio de los encuentros grupales)	20%	Junio	OK		4 planeac
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (EIH)	2.1. Planeacion 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%	Junio	OK		41 visitas
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion 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 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA_ 3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (__ carpetas)	5%	Junio	OK		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo el el ultimo viernes de cada mes sus ingesos y egresos ____ durante el mes de Junio	4.1 Formato de ingresos y egresos 10 en el mes junio 4.2 Soportes de egreso 4.3 Soportes de Ingreso	10%	Junio	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 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	10%	Junio	OK		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o por documentos faltantes	6.1 Formato de novedades	5%	Junio	OK		
		7.Escala cualitativa del desarrollo	7.1 Aplicación de escala. 7.2 Diligenciamiento del formato físico , archivado en cada carpeta y escaneado en el drive de participantes 7.3 Socialización escalas realizadas mes anterior	5%	Junio	OK		
		8.Microproyectos	8.1Socializacion microproyectos en word y presentación power point,(objetivos,autor,intencionalidad,recursos)	10%	Junio	OK		
		9. Generar espacios y ambientes enriquecidos que falciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	9.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS, "Padres que son muy madres" 8.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica.	15%	Junio	OK		
			TOTAL	100%				

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

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	
C.C.	

VoBo

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9590392195 DV: 201452
Cliente 113237 PLANILLAS AVAL Aportes en
Linea Aras Compensar Asupagos Simple Mi
Plan
Fecha: 19/06/2025 09:36:25
PAP: 99646
Nombre: XXX
Apellido 1: XXX
NUM PLANILLA: 94864367
TIPO DE IDENTIFICACION: CEDULA CI
CIUDADANIA
NUMERO IDENTIFICACION: 1010201251
PERIODO: 202505
Referencia: 94864367390Valor: $415.900,00

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

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
2025-05	2025-05	38449344	9486436739	I	2025/06/10	2025/06/19	BANCO DE OCCIDENTE	9	$415,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$1,400	$0	$229,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$227,800	$1,400	$0	$229,200
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	$1,100	$0	$179,100
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$178,000	$1,100	$0	$179,100
TOTAL				1	$413,300	$2,600	$0	$415,900

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

CUENTA DE COBRO No. 5

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
APC2025-EIH-CON060

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 junio 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 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 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.

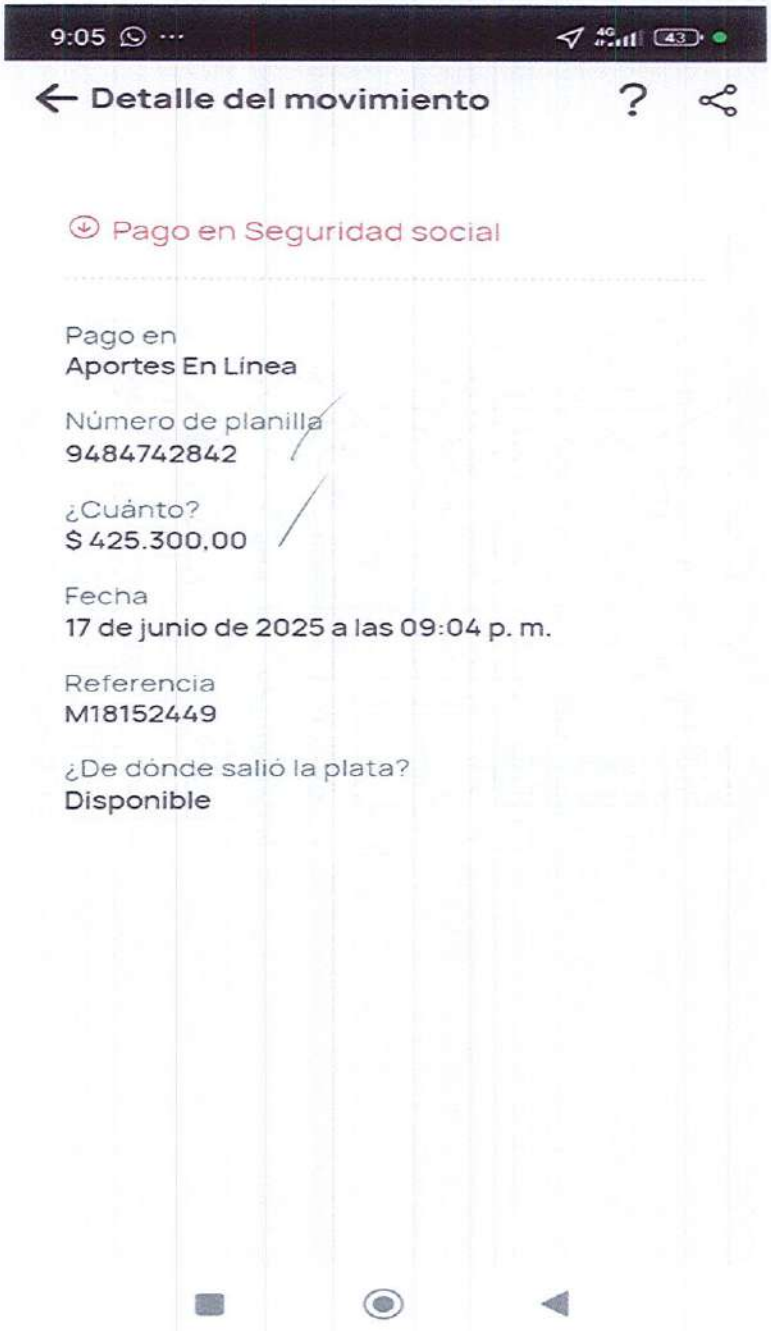
CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO POR [illegible]O
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLO[illegible]A
CTO # 11007062025

PROGRAMA	EIH KENNEDY
NOMBRE	Luz Herminda Cadena Avendaño
CARGO	APOYO PEDAGOGICO
PERIODO y FECHA	JUNIO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	5	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" 2 Horas efectivas(Estar en los salones comunales 15 minutos del inicio de los encuentros grupales)	20%	Junio	OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (EIH)	2.1. Planeacion 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%	Junio	OK		45. Puerperio hosp
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion 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 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA _ 3.4 Archivo Fisico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas)	5%	Junio	OK		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo el el ultimo viernes de cada mes sus ingesos y egresos ____ durante el mes de Junio	4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes junio 4.2 Soportes de egreso 4.3 Soportes de ingreso	10%	Junio	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 uno a uno de la entrega de RPP - en power Point 5.5 Formato de Bienestarina Los documentos entregados en bueo estado sin tachones ni	10%	Junio	OK		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o por documentos faltantes	6.1 Formato de novedades	5%	Junio	OK		
		7.Escala cualitativa del desarrollo	7.1.Aplicación de escala. 7.2 Diligenciamiento del formato fisico , archivado en cada carpeta y escaneado en el drive de participantes 7.3.Socialización escalas realizadas mes anterior	5%	Junio	OK		
		8.Microproyectos	8.1Socializacion microproyectos en word y presentación power point,(objetivos,autor,intencionalidad,recursos)	10%	Junio	OK		
		9. Generar espacios y ambientes enrriquecidos que faliciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	9.1 Ambientación de espacios fisicos de la UDS, "Padres que son muy madres" 8.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica.	15%	Junio	OK		
			TOTAL	100%				

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

FIRMA COORDINADORA	Emilce R
NOMBRE:	Emilce R.
C.C.	52.180.96


9:05
Detalle del movimiento
Pago en Seguridad social
Pago en
Aportes En Linea
Número de planilla
9484742842
¿Cuánto?
$ 425.300,00
Fecha
17 de junio de 2025 a las 09:04 p. m.
Referencia
M18152449
¿De dónde salió la plata?
Disponible

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
2025-04	2025-04	1000001009	9484742842	I	2025/05/05	2025/06/18	BANCO DE BOGOTA	44	$425,300

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	Dias	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 1073676702		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
2025-04	2025-04	1000001009	9484742842	I	2025/05/05	2025/06/18	BANCO DE BOGOTA	44	$425,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$6,600	$0	$234,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$227,800	$6,600	$0	$234,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,500	$300	$0	$7,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$7,500	$300	$0	$7,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$5,100	$0	$183,100
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$178,000	$5,100	$0	$183,100
TOTAL				1	$413,300	$12,000	$0	$425,300

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

CUENTA DE COBRO No. 6

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
APC2025-EIH-CON064

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 ATENCION JUNIO 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,

SOONER CHAVES.

NOMBRE: SOONER SUSANA CHAVES RODRIGUEZ
C.C. 52.847.653
DR. Cra. 79 F #46-16 Sue
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 KENNEDY
NOMBRE	Sooner Chavez
CARGO	APOYO PEDAGOGICO
PERIODO y FECHA	JUNIO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	5	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" 2 Horas efectivas(Estar en los salones comunales 15 minutos del inicio de los encuentros grupales)	20%	JUNIO	OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (EIH)	2.1. Planeacion 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%	JUNIO	OK		46 visitas
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion 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 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA _ 3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas)	5%	JUNIO	OK		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo el el ultimo viernes de cada mes sus ingesos y egresos ____ durante el mes de Junio	4.1 Formato de ingresos y egresos 6 en el mes junio 4.2 Soportes de egreso 4.3 Soportes de ingreso	10%	JUNIO	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 uno a uno de la entrega de RPP - en power Point 5.5 Formato de Bienestarina	10%	JUNIO	OK		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o por documentos faltantes	6.1 Formato de novedades	5%	JUNIO	OK		
		7.Escala cualitativa del desarrollo	7.1.Aplicación de escala. 7.2 Diligenciamiento del formato fisico , archivado en cada carpeta y escaneado en el drive de participantes 7.3.Socialización escalas realizadas mes anterior	5%	JUNIO	OK		
		8.Microproyectos	8.1Socializacion microproyectos en word y presentación power point,(objetivos,autor,intencionalidad,recursos)	10%	JUNIO	OK		
		9. Generar espacios y ambientes enrriquecidos que faliciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	9.1 Ambientación de espacios fisicos de la UDS, "Padres que son muy madres" 8.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica.	15%	JUNIO	OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Sooner Chavez
NOMBRE:	
C.C.	Sooner Chavez

FIRMA COORDINADORA	Emilce B
NOMBRE:	Emilce B
C.C.	52748070

VoBo EAMW

Descripción de compra

MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Estado de la solicitud

Transacción aprobada

Tienda

COMPENSAR-OI

Fecha de solicitud

18 de junio de 2025

CUS

1564605073

¿Cuánto?

$ 415.000,00

Factura de comercio

87314693

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	52847653	SOONER SUSANA CHAVES RODRIGUEZ	CRA 79 F 46 16 SUR BLOQUE 3 CASABLANCA	3208053272	soonerchaves@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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-05	I	19/06/2025	87314693	$415.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	178.000	0		0		0	6	700	0	178.700	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	6	900	0	228.700	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	7.500				7.500	6	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	6	0	0	0
ICBF				
0	6	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.700
Pensión	1	227.800	228.700
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	415.000

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52847853	SOONER SUSANA CHAVES RODRIGUEZ	CRA 79 F 46 16 SUR BLOQUE 3	3208053272	soonerchaves@hotmail.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: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-05	2025-05	I	19/06/2025	87314693	$415.000

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES													PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colegiado	Subtipo	Colegiado	Cotiz. extranjero	Desplazado	IGE	IRT	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CAMBIO CODIGO	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	52847853	CHAVES RODRIGUEZ SOONER SUSANA	57	0			N																	25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS037	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: JUNIO Día: 30 Año: 2025

CUENTA DE COBRO No. 5

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:0550488443641698 **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 junio 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 Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Yuliana Mendoza C.

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 KENNEDY
NOMBRE	Yuliana M
CARGO	APOYO PEDAGOGICO
PERIODO y FECHA	JUNIO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	4	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" 2 Horas efectivas(Estar en los salones comunales 15 minutos del inicio de los encuentros grupales)	20%	Junio	ok		ok
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (EIH)	2.1. Planeacion 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%	Junio	ok		49 visitas
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion 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 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA _ 3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas)	5%	Junio	ok		ok
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo el el ultimo viernes de cada mes sus ingesos y egresos ____ durante el mes de Junio	4.1 Formato de ingresos y egresos 4 en el mes junio 4.2 Soportes de egreso 4.3 Soportes de ingreso	10%	Junio	ok		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 uno a uno de la entrega de RPP - en power Point 5.5 Formato de Bienestarina	10%	Junio	ok		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o por documentos faltantes	6.1 Formato de novedades	5%	Junio	ok		
		7.Escala cualitativa del desarrollo	7.1 Aplicación de escala. 7.2 Diligenciamiento del formato fisico , archivado en cada carpeta y escaneado en el drive de participantes 7.3.Socialización escalas realizadas mes anterior	5%	Junio	ok		
		8.Microproyectos	8.1Socializacion microproyectos en word y presentación power point,(objetivos,autor,intencionalidad,recursos)	10%	Junio	ok		
		9. Generar espacios y ambientes enriquecidos que falliciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las Intencionalidades de la UDS	9.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS. "Padres que son muy madres" 8.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica.	15%	Junio	ok		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Yuliana Mendoza
NOMBRE:	Yuliana Mendoza
C.C.	1057151274

FIRMA COORDINADORA	Emilce
NOMBRE:	Emilce
C.C.	52785410

VºBº



¡Pago exitoso!

Hiciste un pago en APORTES EN LINEA
por $415.600,00
Fecha: El 13 de junio de 2025
Hora: 5:13 AM

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

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

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	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	Días Mora	Valor
2025-05	2025-05		9486208850	I	2025/06/05			7	

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	Código	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	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: BOAVITA Depto: BOYACA (1 Afiliados)							$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500		$7,500		$0	$0
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	0.522%	$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

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	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	Días Mora	Valor
2025-05	2025-05		9486208850	I	2025/06/05			7	

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
PORVENIR	230301	800,224,808	8	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
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$178,000	$900	$0	$178,900
TOTAL				1	$413,300	$2,100	$0	$415,400

aportes en línea

Comprobante Liquidación

Datos Generales Del Aportante

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Correo Electronico	Ciudad-Departamento	Celular
CC 1031151214		MENDOZA CIPAGAUTA YULIANA MARLEIDY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	yulianacipagauta55@gmail.com	BOAVITA-BOYACA	3016185852

Clave: 9486208850

Periodo Pensión: 2025-05 **Periodo Salud: 2025-05**

Pague hasta	Dias de Mora	Valor Mora	Total a Pagar
2025/06/12	7	$2,100	$415,400
2025/06/13	8	$2,300	$415,600
2025/06/16	11	$3,100	$416,400
2025/06/17	12	$3,300	$416,600
2025/06/18	13	$3,600	$416,900
2025/06/19	14	$3,900	$417,200
2025/06/20	15	$4,100	$417,400
2025/06/24	19	$5,100	$418,400
2025/06/25	20	$5,400	$418,700
2025/06/26	21	$5,800	$419,100

Riesgo	Administradoras	Afiliados	Total a Pagar
AFP	1	1	$228,900
PORVENIR		1	$228,900
ARL	1	1	$7,600
ARL SURA		1	$7,600
EPS	1	1	$178,900
COMPENSAR		1	$178,900
SUBTOTAL			$415,400
COMISION OPERADOR			$0
IVA			$0
TOTAL			$415,400

Canales de Pago

BANCARIOS	NO BANCARIOS
Banco AV Villas, Banco de Occidente, Banco de Bogotá	efecty, éxito, SURTIMAX, Carulla

Cajas registradoras de los almacenes
Monto máximo por transacción $9.999.999

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

CUENTA DE COBRO No. 6

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 JUNIO 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 Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

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 POR CARGO
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
CTO # 11007062025

PROGRAMA	EIH KENNEDY
NOMBRE	CARLOS LUGO GOMEZ
CARGO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO
PERIODO y FECHA	JUNIO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	5	1. Manejo, registro e informe de plataforma CUENTAME **Nota aclaratoria**: No se puede egresar participantes sin la toma de talla y peso.	1.1. Cargue de :Participantes Nuevos 32 de la UDS delegada 1.2 Cargue de Talento Humano Nuevo 1 de la UDS delegada. 1.3. Cargue de las formaciones de los participantes, 100% participantes 1.4 Cargue de formatos de la atencion (RAM) Se realizara verificación semanal de los cargues. Descargar al finalizar cada semana para verificar cualquier novedad presentada.	35%	JUNIO	OK		
		2. Sistematización de la informacion relacionada con los participantes.	2.1. Directorio de los participantes actualizado de la UDS delegada, Mes de Junio cruzar con cuentame. 2.2. Actualización de formatos RAM, Refrigerios y entrega de RPP	20%	JUNIO	OK		
		3. Organizar el archivo fisico y garantizar la Seguridad de la Información de los participantes	3.1. Archivo fisico de la UDS delegada (Oficios de gestión, actas de equipo, en el marco de los componentes) 3.2. Carpetas de los participantes vinculados a la UDS. 650 Participantes. 3.3 Custodia del archivo fisico(Las carpetas deben reposar en el lugar asignado para cada dupla pedagógica,completas y en buen estado)	25%	JUNIO	OK		
		4. Custodia y control de los equipos de computo e impresión.	4.1.Relación de fotocopiado e impresiones(formatos RAM, Refrigerios y entregada de RPP)	5%	JUNIO	OK		
		5. Inventarios 2025	5.1. Inventario APC(Inventario entregado por ICBF)	5%	JUNIO	OK		
		6. F8,INFORME FINAL	6.1 F8 CONTRACTUAL parte .4 obligaciones contractuales registro y	10%				
				100%				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	Carlos Lugo.
C.C.	1023963911

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Emilse P
C.C.	52438640

VoBo ANU

Nequi

Resumen de pago

Descripción de compra
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Estado de la solicitud
Transacción aprobada

Tienda
COMPENSAR-OI

Fecha de solicitud
24 de junio de 2025

CUS
1574984151

Referencia Nequi
M4486149

¿Cuánto?
$ 413.300,00

Valor de los impuestos
$ 0,00

Número de referencia 2
CC

Número de referencia 3
1023963411

Factura de comercio
87635536

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	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	
2025-06	2025-06	I	24/06/2025	87635536	$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

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	
2025-06	2025-06	I	24/06/2025	87635536	$413.300	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES															PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Suspen	Exonerac	Extran. cobrar	Exonerado	IGE	IRT	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	1023963411	LUGO GOMEZ CARLOS	57	0			N																		230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS005	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: JUNIO Día: 30 Año: 2025

CUENTA DE COBRO No. 6

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: ($2.271.156) DOS MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y UN MIL CIENTO CINCUENTA Y SEIS PESOS M/CTE.
PERIODO: **Fase Atención junio 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: ($2.271.156) DOS MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y UN MIL CIENTO CINCUENTA 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 A. Moreno Vargas
Coordinadora
C.C. 52.357.450

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

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 # 11007062025

PROGRAMA	EIH GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	MARYORY JOHANNA MAYORAL
CARGO	COORDINADOR
PERIODO y FECHA	JUNIO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
		1. Informe Técnico, que de cuenta de la ejecución de cada uno de los componentes en el mes de Atención	1.1 Formato f8 contractual según parte correspondiente a cada coordinación. 1.2. Organización Drive x Unidad con los estandares del Contractual y cargar los soportes Existentes. 1.3 Formato f8 Acciones	10%	Junio	5%		
		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%	Junio	2,5%		
		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	10%	Junio	10%		
		4. Novedades de Ingresos y egresos Durante el mes de JUNIO	4.1 Formato de Novedades de la UDS, _____ Casos, junto con sus soportes 4.2. Formato de póliza al día y triangulado con las novedades del mes	5%	Junio	5%		
		5. Monitorear el cumplimiento Cuentame al 100% Mensual **Nota aclaratoria**: No se puede egresar participantes de Junio 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%	Junio	2,5%		
		6. Organizar, Monitorear y acompañar: * Entrega de RFPP * Entrega de Refrigerios	6.1. Formatos RPP - 18 Listados en total_ 3 por profe (Traer los físicos para verificar _organizados en una AZ legajados por unidad) 6,2 Formatos de Refrigerio - 72 listados en total _12 por profe (Traer los físicos para verificar_organizados en una AZ legajados por unidad)	15%	Junio	5%		
ATENCION	5	7. Liderar , Monitorear y acompañar: * Encuentro Grupales a las Familias * Visitas en el Hogar a las Familias	7,1 Formatos RAM. 18 Listados en total_ 3 por profe (Traer los físicos para verificar organizados en una AZ legajados por unidad)	15%	Junio	7,5%		
		8. Construcción de la nómina recepción y verificación de la documentación para formalización.	8.1. Formato de nómina en excell. 8.2. Chock list de nómina por cargo (100% de los soportes relacionados) de la UDS asignada. 8.3. Certificación de cumplimiento. de las Personas del equipo. (Verificación Técnica y pedagógica)	10%	Junio	5%		
		9. Monitorear y acompañar el proceso de Inventarios 2024	9.1 Realizar la consolidación del Inventario 9.2. Inventario de equipos Audiovisuales y Elementos entregados por APC	5%	Junio	2,5%		
		10. Acta Reflexión pedagogica	10.1 Planeacion 10.2 Acta 10.3 Registro fotografico	5%	Junio	5%		
		11. Avances SIGE	11. 1 Organización Carpetas físicas y digitales por unidad 11.2 Incluir los doc de avances de acuerdo a los estandares	5%	Junio	NA		
		12. Comité Técnico Operativa correspondiente al mes de abril Realización del comité técnico operativo según lineamientos del Centro Zonal, con el objetivo de coordinar acciones, validar procesos y hacer seguimiento técnico, administrativo y financiero del contrato.	2.1 Diligenciar los puntos del acta de desarrollo del Comité Técnico Operativo, con la presentación de los asistentes, seguimiento a compromisos del comité anterior y desarrollo de los componentes Técnico, Salud y Nutrición, y Financiero. 2.2 Crear la presentación en formato PowerPoint con la consolidación de información por componente. 2.3 Evidencias fotográficas del comité (si es presencial) o pantallazo de asistencia (si es virtual). 2.4 Carga oportuna de la documentación en la carpeta Drive correspondiente, a más tardar el 06/06/2025 antes de las 12:00 p.m., incluyendo Word del desarrollo de la agenda, presentación y soportes. 2.6 Asistir y dar cumplimiento del cronograma y medio de encuentro comunicado por el Centro Zonal.	10%	Junio	10%		
				TOTAL 100%				

FIRMA CONTRATISTA	Johanna Mayoral
NOMBRE:	
C.C.	52517601

FIRMA COORDINADORA	Johanna Mayoral
NOMBRE:	Eliana Marino V.
C.C.	52357450

Aprobado 60% de cumplimiento

VoBo EIANO

Nequi

Resumen de pago

Descripción de compra
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Estado de la solicitud
Transacción aprobada

Tienda
COMPENSAR-OI

Fecha de solicitud
9 de mayo de 2025

CUS
1469981982

Referencia Nequi
M6920649

¿Cuánto?
$ 414.500,00

Valor de los impuestos
$ 0,00

Número de referencia 2
CC

Número de referencia 3
52517201

Factura de comercio
85873979

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	3155573026	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	
2025-05	2025-05	I	09/06/2025	86708779	$414.800	

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	178.000	0		0		0	5	600	0	178.600	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	227.800	0	0	0	0	5	800	0	228.600	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	5	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	5	0	0	0
ICBF				
0	5	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.600
Pensión	1	227.800	228.600
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	414.800

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	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	
2025-05	2025-05	I	09/06/2025	86708779	$414.800	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiz. exterior	Factor salario	IRG	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	INL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	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

PAGADA

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

Nequi

Resumen de pago

Descripción de compra
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Estado de la solicitud
Transacción aprobada

Tienda
COMPENSAR-OI

Fecha de solicitud
25 de junio de 2025

CUS
1577382332

Referencia Nequi
M4942413

¿Cuánto?
$ 413.300,00

Valor de los impuestos
$ 0,00

Número de referencia 2
CC

Número de referencia 3
52517201

Factura de comercio
87450693

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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2025-06	2025-06	I	25/06/2025	87450693	$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
25-14	Colpensiones	900336004-7	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

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	
2025-06	2025-06	I	25/06/2025	87450693	$413.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Pensionado	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
CC	52517201	MAYORAL CERQUERA MARYORY JOHANNA	59	C			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

PAGADA

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

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

CUENTA DE COBRO No. 1

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: ($1.514.104) UN MILLON QUINIENTOS CATORCE MIL CIENTO CUATRO PESOS M/CTE.
PERIODO: **Fase Atención Junio 2025**

CONCEPTO: Coordinador – 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: ($1.514.104) Un millón quinientos catorce mil ciento cuatro pesos m/cte. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Eliana Andrea Moreno Vargas
Coordinadora
C.C. 52.357.450

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: 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 # 11007062025

PROGRAMA	EIH GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	JOSELITO RODRIGUEZ
CARGO	COORDINADOR
PERIODO y FECHA	JUNIO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	5	1. Informe Técnico, que de cuenta de la ejecución de cada uno de los componentes en el mes de Atención	1.1 Formato f8 contractual según parte correspondiente a cada coordinación. 1.2. Organización Drive x Unidad con los estandares del Contractual y cargar los soportes Existentes. 1.3 Formato f8 Acciones	10%	Junio	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%	Junio	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	10%	Junio	Ok		
		4. Novedades de Ingresos y egresos Durante el mes de JUNIO	4.1 Formato de Novedades de la UDS, _____ Casos, junto con sus soportes 4.2. Formato de póliza al día y triangulado con las novedades del mes	5%	JUNIO	Ok		
		5. Monitorear el cumplimiento Cuentame al 100% Mensual **Nota aclaratoria:** No se puede egresar participantes de Junio 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%	Junio	Ok		
		6. Organizar, Monitorear y acompañar: * Entrega de RFPP * Entrega de Refrigerios	6.1. Formatos RPP - 18 Listados en total_ 3 por profe (Traer los fisicos para verificar _ organizados en una AZ legajados por unidad) 6,2 Formatos de Refrigerio - 72 listados en total_12 por profe (Traer los fisicos para verificar_organizados en una AZ legajados por unidad)	15%	Junio	Ok		
		7. Liderar, Monitorear y acompañar: * Encuentro Grupales a las Familias * Visitas en el Hogar a las Familias	7,1. Formatos RAM. 18 Listados en total_ 3 por profe (Traer los fisicos para verificar organizados en una AZ legajados por unidad)	15%	Junio	Ok		
		8. Construcción de la nómina recepcion y verificación de la documentación para formalización.	8.1. Formato de nómina en excel. 8.2. Check list de nómina por cargo (100% de los soportes relacionados) de la UDS asignada. 8.3. Certificación de cumplimiento. de las Personas del equipo. (Verificación Técnica y pedagógica)	10%	Junio	Ok		
		9. Monitorear y acompañar el proceso de Inventarios 2024	9.1.Realizar la consolidación del inventario 9.2. Inventario de equipos Audiovisuales y Elementos entregados por APC	5%	Junio	Ok		
		10. Acta Reflexión pedagogica	10.1 Planeacion 10.2 Acta 10.3 Registro fotografico	5%	Junio	Ok		
		11. Avances SIGE	11. 1 Organización Carpetas fisicas y digitales por unidad 11.2 Incluir los doc de avances de acuerdo a los estandares	5%	Junio	OK		
		12. Comité Técnico Operativo correspondiente al mes de abril Realización del comité técnico operativo según lineamientos del Centro Zonal, con el objetivo de coordinar acciones, validar procesos y hacer seguimiento técnico, administrativo y financiero del contrato.	2.1 Diligenciar los puntos del acta de desarrollo del Comité Técnico Operativo, con la presentación de los asistentes, seguimiento a compromisos del comité anterior y desarrollo de los componentes Técnico, Salud y Nutrición, y Financiero. 2.2 Crear la presentación en formato PowerPoint con la consolidación de información por componente. 2.3 Evidencias fotográficas del comité (si es presencial) o pantallazo de asistencia (si es virtual). 2.4 Carga oportuna de la documentación en la carpeta Drive correspondiente, a más tardar el 06/06/2025 antes de las 12:00 p.m., incluyendo Word del desarrollo de la agenda, presentación y soportes. 2.6 Asistir y dar cumplimiento del cronograma y medio de encuentro comunicado por el Centro Zonal.	10%	Junio	Ok		
				TOTAL 100%				

FIRMA CONTRATISTA	Joselito Rodriguez G
NOMBRE:	
C.C.	1116916542

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	
C.C.	1116916542

Aprobado 40% de cumplimiento
VO BO MMU.

¡Hola, Joselito Rodríguez Galeano !

Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:



Valor: $ 413.300
Empresa: APORTES EN LINEA
Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9485077208
Fecha de la transacción: 07/05/2025
CUS: 1464136188
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

ACH Colombia Oficial @ACHColombia
ACHColombiaOficial ACH Colombia Oficial

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
2025-05	2025-05	1544293787	9486464840	I	2025/06/11	2025/06/10	NEQUI	0	$413,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO								
No.	Tipo id	No id	Nombre	Tipo Cotizante	Horas Laboradas	Extranjero	Temp. Ext.	Fecha Radicación en el Exterior
1	CC	1116916542	RODRIGUEZ GALEANO JOSELITO	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes	0	No	No	
Total	Afiliados(1)							

No.	NOVEDADES																									
	ing	Fecha ing	ret	Fecha ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	Fecha Inicio vsp	cor	vst	sln	Fecha Inicio sln	Fecha Fin sln	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																										

aportes en línea

Planilla Integrada

							SALARIO			PENSION													SALUD					
:t	Fecha Inicio vct	Fecha Fin vct	irl	Fecha Inicio irl	Fecha Fin irl	vip	Valor	Integral	Tipo de Salario	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Tarifa Alto Riesgo Pensión	Valor Cotización	Cotización Voluntaria Empleador	Cotización Voluntaria Afiliado	Fondo Solidaridad Pensional	Fondo Subsistencia	Valor No retenido	Total	AFP Destino	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Valor UPC
							$ 1.423.500	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	$ 0
																					$ 227.800						$ 178.000	

aportes en línea

Planilla Integrada

		CCF					RIESGOS						PARAFISCALES										
Total	EPS Destino	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Clase Riesgo	Valor Cotización	Días	IBC	Tarifa SENA	Valor Cotización SENA	Tarifa ICBF	Valor Cotización ICBF	Tarifa ESAP	Valor Cotización ESAP	Tarifa MEN	Valor Cotización MEN	Exonerado SENA e ICBF
$ 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
2025-05	2025-05	1544293787	9486464840	I	2025/06/11	2025/06/10	NEQUI	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
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$413,300	$0	$0	$413,300

2025/06/18 07:13 AM

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

CUENTA DE COBRO No. 5

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 Junio 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:

Eliana Andrea Moreno Vargas
Coordinadora
C.C. 52357450

Aprobado por:

Ana Rocío 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 # 11007062025

PROGRAMA	EIH KENNEDY
NOMBRE	JAZMIN BECERRA
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	JUNIO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	5	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" 2 Horas efectivas(Estar en los salones comunales 15 minutos del inicio de los encuentros grupales)	20%	Junio - 2025	OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (EIH)	2.1. Planeacion 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%	Junio - 2025	OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion 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 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA _ 3.4 Archivo Fisico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas)	5%	Junio - 2025	OK		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo el el ultimo viernes de cada mes sus ingesos y egresos ____ durante el mes de Junio	4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes Junio 4.2 Soportes de egreso 4.3 Soportes de ingreso	10%	Junio - 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 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%	Junio - 2025	OK		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o por documentos faltantes	6.1 Formato de novedades	5%	Junio - 2025	OK		
		7.Escala cualitativa del desarrollo	7.1.Aplicación de escala. 7.2 Diligenciamiento del formato fisico , archivado en cada carpeta y escaneado en el drive de participantes 7.3.Socializarlo escalas realizadas mes anterior	5%	Junio - 2025	OK		
		8.Microproyectos	8.1Socializacion microproyectos en word y presentación power point,(objetivos,autor,intencionalidad,recursos)	10%	Junio - 2025	OK		
		9. Generar espacios y ambientes enriquecidos que falciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	9.1 Ambientación de espacios fisicos de la UDS, "Padres qe son muy madres" 8.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica.	15%	Junio - 2025	OK		
			TOTAL	100%				

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

FIRMA COORDINADORA	Johanna Moyano
NOMBRE:	
C.C.	52517201

VO BO BIENAR

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9589025523 DV: 314992
Cliente:113237 PLANILLAS AVAL Aportes en Linea Arus Compensar Asopagos Simple Mi Plan
Fecha: 11/06/2025 10:54:26
PAP: 918761
Nombre: nan
Apellido 1: nan
NUM PLANILLA: 8386826058
TIPO DE IDENTIFICACION: CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO IDENTIFICACION: 52931661
PERIODO: 202505
Referencia: 8386826058Valor: $413.300,00

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

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: 8386826058

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	8386826058
Fecha pago	2025-06-11
Número de autorización pago	54260851
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	mayo de 2025
Periodo de Cotización Pensión	mayo 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
EPS008	Compensar EPS	178000	1

8386826058

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
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: JUNIO** **Día: 30** **Año: 2025**

CUENTA DE COBRO No. 5

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 Junio 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:

Eliana Andrea Moreno Vargas
Coordinadora
C.C. 52.357.450

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: 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 KENNEDY
NOMBRE	ANGELA LILIANA CARO PULIDO
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	JUNIO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	5	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" 2 Horas efectivas(Estar en los salones comunales 15 minutos del inicio de los encuentros grupales)	20%	jun-25	Junio 2025 OK	OK	
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (EIH)	2.1. Planeacion 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 50 encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente.	20%	jun-25	Junio 2025 OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion 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 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes de la GA 6 3.4 Archivo Fisico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (50 carpetas)	5%	jun-25	Junio 2025 OK		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo el el ultimo viernes de cada mes sus ingesos y egresos 6 durante el mes de Junio	4.1 Formato de ingresos y egresos 6 en el mes Junio 4.2 Soportes de egreso 4.3 Soportes de ingreso	10%	jun-25	Junio 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 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%	jun-25	Junio 2025 OK OK		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o por documentos faltantes	6.1 Formato de novedades	5%	jun-25	Junio 2025		
		7.Escala cualitativa del desarrollo	7.1.Aplicación de escala. 7.2 Diligenciamiento del formato fisico , archivado en cada carpeta y escaneado en el drive de participantes 7.3.Socializarlo escalas realizadas mes anterior	5%	jun-25	Junio OK 2025		
		8.Microproyectos	8.1Socializacion microproyectos en word y presentación power point,(objetivos,autor,intencionalidad,recursos)	10%	jun-25	Junio OK 2025		
		9. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faliciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	9.1 Ambientación de espacios fisicos de la UDS, "Padres qe son muy madres" 8.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica.	15%	jun-25	Junio 2025 OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Angela Caro
NOMBRE:	Angela Caro
C.C.	52750469.

FIRMA COORDINADORA	Johanna Navarro
NOMBRE:	
C.C.	52511201

V°B° EMW

PSE - Transacción Aprobada ✅ CUS 1541972589
1 mensaje

<serviciopse@achcolombia.com.co>
Para: ANGELKARITO3350@gmail.com

lun, 9 de jun de 2025 a la hora 3:32 p. m

¡Hola, ANGELA LILIANA CARO PULIDO!

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: 9486714207

Fecha de la transacción: 09/06/2025

CUS: 1541972589

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 contactaá para solicitarte información personal.

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	Días Mora	Valor
2025-05	2025-05	1541972589	9486714207	I	2025/06/17	2025/06/09	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

2025/06/09 03:37 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 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
2025-05	2025-05	1541972589	9486714207	I	2025/06/17	2025/06/09	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

2025/06/09 03:37 PM

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

CUENTA DE COBRO No. 5

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 junio 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:

Eliana Andrea Moreno
Coordinadora
C.C. 52.357.450

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: ANGIE TATIANA CANTOR SEQUEDA
C.C. 1.024.565.233
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 KENNEDY
NOMBRE	ANGIE TATIANA CANTOR SEGURA
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	JUNIO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	5	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" 2 Horas efectivas(Estar en los salones comunales 15 minutos del inicio de los encuentros grupales)	20%	Junio 2025	OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (EIH)	2.1. Planeacion 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%	Junio 2025	OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion 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 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA _ 3.4 Archivo Fisico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas)	5%	Junio 2025	OK		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo el el ultimo viernes de cada mes sus ingesos y egresos ____ durante el mes de Junio	4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes Junio 4.2 Soportes de egreso 4.3 Soportes de ingreso	10%	Junio 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 uno a uno de la entrega de RPP - en power Point 5.5 Formato de Bienestarina	10%	Junio 2025	OK		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o por documentos faltantes	6.1 Formato de novedades	5%	Junio 2025	OK		
		7.Escala cualitativa del desarrollo	7.1.Aplicación de escala. 7.2 Diligenciamiento del formato fisico , archivado en cada carpeta y escaneado en el drive de participantes 7.3.Socializarlo escalas realizadas mes anterior	5%	Junio 2025	OK		
		8.Microproyectos	8.1Socializacion microproyectos en word y presentación power point,(objetivos,autor,intencionalidad,recursos)	10%	Junio 2025	OK		
		9. Generar espacios y ambientes enrriquecidos que faliciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	9.1 Ambientación de espacios fisicos de la UDS, "Padres qe son muy madres" 8.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica.	15%	Junio 2025	OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	Angie Tatiana Cantor Segura
C.C.	1144565233

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Johanna Tapiero
C.C.	52517201

APS
EMMU

← Comprobante de pago

Pago realizado

Pago en
Simple Oi

¿Cuánto?
$ 423.700,00

Fecha
14 de junio de 2025 a las 01:14 p. m.

Referencia
M7943058

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	2025-06-14, 01:13:12 PM en horario extendido
Periodo de Cotización Otros Riesgos	mayo de 2025
Periodo de Cotización Para Salud	mayo de 2025
Empresa	ANGIE CANTOR
CEDULA CIUDADANIA	CC 1024565233
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1073313423
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1554126219
Banco	(1507) - NEQUI
Valor	$ 423.700
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	172.29.10.57

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N800229739	230201	PROTECCION	1	$ 227.800	$ 900
N830003564	EPS017	FAMISANAR	1	$ 178.000	$ 700
N890903790	14-11	ARL SURA	1	$ 7.500	$ 100
N860013570	CCF21	CAFAM	1	$ 8.600	$ 100
			SubTotales:	$ 421.900	$ 1.800
			Total a Pagar:		$ 423.700

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: JUNIO Día: 30 Año: 2025

CUENTA DE COBRO No. 5

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 Junio 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:

Eliana Andrea Moreno Vargas
Coordinadora
C.C. 52.357.450

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: 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 # 11007062025

PROGRAMA	EIH KENNEDY
NOMBRE	JOSELITO RODRIGUEZ
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	JUNIO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	5	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" 2 Horas efectivas(Estar en los salones comunales 15 minutos del inicio de los encuentros grupales)	20%	Junio 2025	ok		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (EIH)	2.1. Planeacion 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%	Junio 2025	ok		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion 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 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA _ 3.4 Archivo Fisico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas)	5%	Junio 2025	ok		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo el el ultimo viernes de cada mes sus ingesos y egresos ____ durante el mes de Junio	4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes Junio 4.2 Soportes de egreso 4.3 Soportes de ingreso	10%	Junio 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 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%	Junio 2025	ok		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o por documentos faltantes	6.1 Formato de novedades	5%	Junio 2025	ok		
		7.Escala cualitativa del desarrollo	7.1 Aplicación de escala 7.2 Diligenciamiento del formato fisico , archivado en cada carpeta y escaneado en el drive de participantes 7.3 Socializarlo escalas realizadas mes anterior	5%	Junio 2025	ok		
		8.Microproyectos	8.1Socializacion microproyectos en word y presentación power point,(objetivos,autor,intencionalidad,recursos)	10%	Junio 2025	ok		
		9. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faliciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	9.1 Ambientación de espacios fisicos de la UDS, "Padres qe son muy madres" 8.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica.	15%	Junio 2025	OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	Joselito Rodriguez G.
C.C.	1116976702

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Johanna Moyorc
C.C.	52517201

VBO

¡Hola, Joselito Rodríguez Galeano !

Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:



Valor: $ 413.300
Empresa: APORTES EN LINEA
Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9485077208
Fecha de la transacción: 07/05/2025
CUS: 1464136188
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 comunicate con nosotros:

En Bogotá: +57 (601) 3808890 Opción 5
Contáctanos: https://www.pse.com.co/persona-centro-de-ayuda

Un servicio de ach

ACH Colombia Oficial @ACH_Colombia_
ACHColombiaOficial ACH Colombia Oficial

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
2025-05	2025-05	1544293787	9486464840	I	2025/06/11	2025/06/10	NEQUI	0	$413,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO

No.	Tipo id	No id	Nombre	Tipo Cotizante	Horas Laboradas	Extranjero	Temp. Ext.	Fecha Radicación en el Exterior
1	CC	1116916542	RODRIGUEZ GALEANO JOSELITO	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes	0	No	No	
Total	Afiliados(1)							

NOVEDADES

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

2025/06/18 07:13 a.m.

aportes en línea

Planilla Integrada

							SALARIO			PENSION														SALUD					
:t	Fecha Inicio vct	Fecha Fin vct	Irl	Fecha Inicio Irl	Fecha Fin Irl	Vip	Valor	Integral	Tipo de Salario	Administradora	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	Días	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	$ 0
																					$ 227.800						$ 178.000	

aportes en línea

Planilla Integrada

		CCF					RIESGOS						PARAFISCALES										
Total	EPS Destino	Administradora	Dias	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Administradora	Dias	IBC	Tarifa	Clase Riesgo	Valor Cotización	Dias	IBC	Tarifa SENA	Valor Cotización SENA	Tarifa ICBF	Valor Cotización ICBF	Tarifa ESAP	Valor Cotización ESAP	Tarifa MEN	Valor Cotización MEN	Exonerado SENA e ICBF
$ 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
2025-05	2025-05	1544293787	9486464840	I	2025/06/11	2025/06/10	NEQUI	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
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$413,300	$0	$0	$413,300

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

CUENTA DE COBRO No. 5

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 junio 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:

Eliana Andrea Moreno Vargas
Coordinadora
C.C. 52.357.450

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Sandra Yackelin 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 # 11007062025

PROGRAMA	EIH KENNEDY
NOMBRE	Sandra Pinzón
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	JUNIO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	5	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" 2 Horas efectivas(Estar en los salones comunales 15 minutos antes del inicio de los encuentros grupales)	20%	Junio - 2025	OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (EIH)	2.1. Planeacion 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%	Junio - 2025	OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion 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 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA _ 3.4 Archivo Fisico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas)	5%	Junio 2025	OK		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo en el ultimo viernes de cada mes sus ingesos y egresos ____ durante el mes de Junio	4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes Junio 4.2 Soportes de egreso 4.3 Soportes de Ingreso	10%	Junio 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 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	10%	Junio 2025	OK		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o por documentos faltantes	6.1 Formato de novedades	5%	Junio 2025	OK		
		7.Escala cualitativa del desarrollo	7.1.Aplicación de escala. 7.2 Diligenciamiento del formato fisico , archivado en cada carpeta y escaneado en el drive de participantes 7.3.Socializarlo escalas realizadas mes anterior	5%	Junio 2025	OK		
		8.Microproyectos	8.1Socializacion microproyectos en word y presentación power point.(objetivos,autor,Intencionalidad,recursos)	10%	Junio 2025	OK		
		9. Generar espacios y ambientes enriquecidos que falliciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	9.1 Ambientación de espacios fisicos de la UDS, "Padres que son muy madres" 8.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica.	15%	Junio 2025	OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Sandra Pinzón Salcedo
NOMBRE:	Sandra Mackelin Pinzón Salcedo
C.C.	1030549541

FIRMA COORDINADOR(A)	Johanna Moyano
NOMBRE:	
C.C.	52577201

VoBo

Compra ASOPAGOS

Valor
$415.000,00 COP

Nº de aprobación
5939147-8

Canal
Zona de Pagos PSE

Fecha y hora
16 jun., 2025
7:26 pm

Origen

Cuenta de Ahorros

0550 0075 0086 5741

LUIS ALBERTO PINZO...

Destino

ASOPAGOS

**** |

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	SANDRA YACKELIN PINZON SALCEDO
IDENTIFICACIÓN:	CC-1030549541
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-06-20
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-06-17
FECHA DE PAGO:	2025-06-17
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DAVIVIENDA
PERÍODO PENSIÓN:	2025-05
PERÍODO SALUD:	2025-05
NÚMERO PLANILLA:	33506247
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	33506247
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	$ 700	$ 178.000	$ 178.700
231001	800227940	COLFONDOS	1	$ 1.423.500	$ 0	$ 0	$ 900	$ 227.800	$ 228.700
14-11	890903790	ARL SURA	1	$ 1.423.500	$ 0	$ 0	$ 100	$ 7.500	$ 7.600
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 1.700	$ 413.300	$ 415.000

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	09/07/2025

Ciudad: BOGOTA D.C Mes: JUNIO 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-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 Junio 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

Eliana Andrea Moreno Vargas
Coordinadora
C.C. 52.357.450

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: 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	EIH KENNEDY
NOMBRE	Yamile Moreno
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	JUNIO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	4	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" 2 Horas efectivas(Estar en los salones comunales 15 minutos del inicio de los encuentros grupales)	20%	Junio 2025	ok		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (EIH)	2.1. Planeacion 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%	Junio 2025	ok		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion 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 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA _ 3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas)	5%	Junio 2025	ok		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo el el ultimo viernes de cada mes sus ingesos y egresos ____ durante el mes de Junio	4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes Junio 4.2 Soportes de egreso 4.3 Soportes de ingreso	10%	Junio 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 uno a uno de la entrega de RPP - en power Point 5.5 Formato de Bienestarina	10%	Junio 2025	ok		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o por documentos faltantes	6.1 Formato de novedades	5%	Junio 2025	ok		
		7.Escala cualitativa del desarrollo	7.1.Aplicación de escala. 7.2 Diligenciamiento del formato fisico , archivado en cada carpeta y escaneado en el drive de participantes 7.3. Socializarlo escalas realizadas mes anterior	5%	Junio 2025	ok		
		8.Microproyectos	8.1Socializacion microproyectos en word y presentación power point,(objetivos,autor,intencionalidad,recursos)	10%	Junio 2025	ok		
		9. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faliciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	9.1 Ambientación de espacios fisicos de la UDS, "Padres qe son muy madres" 8.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica.	15%	Junio 2025	ok		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	Yamile Moreno
C.C.	52 831344

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Johanna Laurel
C.C.	52517201

VPB EAU

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	2025-06-15, 11:05:33 AM en horario extendido
Periodo de Cotización Otros Riesgos	mayo de 2025
Periodo de Cotización Para Salud	mayo de 2025
Empresa	YAMILE COSTANZA MORENO MENDOZA
CEDULA CIUDADANIA	CC 52831344
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	78579646
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1555698513
Banco	(1007) - BANCOLOMBIA
Valor	$ 414.500
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	172.29.10.57

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	$ 227.800	$ 600
N860066942	EPS008	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	1	$ 178.000	$ 500
N890903790	14-11	ARL SURA	1	$ 7.500	$ 100
			SubTotales:	$ 413.300	$ 1.200
			Total a Pagar:		$ 414.500

Enlace Operativo, Linea 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.

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

EXPERTOS en PILA

Powered by CamScanner

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

CUENTA DE COBRO No. 5

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 Junio 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:

Eliana Andrea Moreno Vargas
Coordinadora
C.C. 52.357.450

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: DIANA 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.

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

PROGRAMA	EIH KENNEDY
NOMBRE	DIANA KATHERIN CONDE VALENCIA
CARGO	PSICOSOCIAL
PERIODO y FECHA	JUNIO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	5	1. Verifica la existencia del registro civil de las niñas y los niños (y del documento de identidad de las mujeres gestantes). En los casos de no contarse, orienta y hace seguimiento de la familia y cuidadores y adelanta acciones ante la autoridad competente, según corresponda	1.1 Carpetas de los participantes - Base de las 7 atenciones unificada por UDS,apoyar a nutrición en el seguimiento a casos que falten por atenciones en salud.	10%	Junio 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 2 gestiones, por profesional psicosocial)	2.1. Cartas de gestion con radicado y/o evidencia del correo enviado(2 efectivas) 2.2, Matriz de Gestión Interistitucional Junio unificada por las 3 UDS	10%	Junio 2025	Ok		
		3. Validación criterios de focalizacion junto con el documento de identidad, de los nuevos ingresos, Junio 16	3.1 Formato Visita Criterios de Focalización 3 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 13 , a los cuales no aplica visita. Se carga la totalidad de Criterios de Focalización de 16 Participantes coresponditentes a los tres grupos de atención delegados. 3.3 Cronograma de Visitas - Firma de las familias Visitadas (Formato APC) 3.4. Base de criterios de focalizacion unificada por UDS Nota :Los criterios deben estar cargados al 100%.	15%	Junio 2025	Ok		
		4. Realizacion procesos de caracterización, de 16 ingresos para Junio de las Unidades delegadas en el territorio.	4.1 Registro de 16 Nuevos participantes, en el formato (f23.mo12.pp_formato_ficha_de_caracterizacion_para_los_servicios_de_atencion_a_la_primera_infancia_v2).	15%	Junio 2025	Ok		
		5.Formación a familias Temas: Reconocimiento de derechos N/N	5.1planeaciones 5.2 Acta con firmas.	10%	Junio 2025	Ok		
		6. Procesos de Formación y cualificación al Talento Humano de acuerdo con el tema del Plan de Formacion al TH. Temas: Reconocimiento de derechos N/N	6.1 Acta, Registro fotografico y Firmas	10%	Junio 2025	Ok		
		7.Control Social y Proceso de buzon de sugerencias y control social. (proceso en compañia del comite de control Social).	7.2 Evidencias fotograficas. 7,3 Acta Reunión Control Social,acompañamiento RPP y cumplimiento del plan de trabajo del comité 7.4 Evidencias socialización respuesta buzon mes anterior	5%	Junio 2025	Ok		
		8.Seguimiento a poblacion migrante y desplazados.	8.1 Base excel poblacion migrante y desplazados, Formatos APC 1 por UDS	5%	Junio 2025	Ok		
		9.Activacion de rutas según sea el caso	9.1 Formatos de seguimientos,remisiones. 9.2 Matriz de seguimiento a casos., Priorizados y remitidos (Formato APC).	5%	Junio 2025	Ok		
		10. Acompañar y apoyar la entrega de RPP	10.1 Acta de verificacion de la RPP con el comite de control social en compañia de la Nutricionista 1 por UDS 10.2 Presencia en el espacio	5%	Junio 2025	Ok		
		11.Seguimiento a casos de transito armonico	11.1 Realizar acta con la sensibilkacion y gestion de los casos que requieren orientacion para el trasito armonico 11.2 Base de tránsito armónico 1 por UDS.	5%	Junio 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 garantia de derechos ii Acciones realizadas de cualificacion iii Dificutades del componente en el mes 12.2 F8 contractual i Aportes a las obligaciones del componente	5%	Junio 2025	Ok		
			TOTAL	100%				

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

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	
C.C.	52.514.201

VoBo EAM

aportes en línea

Pagos aportes en línea

Modulo de pagos electrónicos

Pago electrónico

El pago electrónico de su autoliquidación se ha realizado exitosamente

Resumen del pago electrónico

Dirección IP:	191.156.56.50
Estado de la transacción:	APROBADA
Clave planilla:	9487041853
Valor:	420,700
Periodo de pago:	2025-05
No Transacción (CUS):	1550027961
Fecha:	2025/06/13
Banco:	NEQUI
Descripción :	Pago de la planilla de aportes con clave: 9487041853
Aportes en línea:	9999001472382

Aceptar

Imprimir

Recuerda los canales de atención que tiene Aportes en Línea para brindarte soporte

- Si usted es un cliente empresarial comuníquese con nuestras líneas de servicio telefónico en Bogotá 601 746 0888, Medellín 604 604 3010, Cali 602 485 2050, Barranquilla 605 385 8090, Cartagena: 605 693 4080 y en el resto del país 01 8000 510245.
- Si usted es independiente o empleador doméstico comuníquese con nuestras líneas de servicio telefónico en Bogotá 601 742 3900, Medellín 604 604 1060, Cali 602 485 3939, Barranquilla 605 385 2080, Cartagena 605 693 1515, Bucaramanga 607 697 0909, Ibagué 608 277 1100, Nacional 01 8000 524448.
- Nuestro horario de atención con asesores telefónicos es de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 6:00 p.m. y los sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m.

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
2025-05	2025-05	1550027961	9487041853	I	2025/06/25	2025/06/13	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

2025/06/12 07:21 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 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
2025-05	2025-05	1550027961	9487041853	I	2025/06/25	2025/06/13	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

2025/06/12 07:21 PM

Ciudad: BOGOTÁ D.C Mes: JUNIO 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: CLAUDIA MARCELA ANGARITA BASTILLA
CEDULA: 53075806
CUENTA BANCARIA: 0077 70329774 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 ATENCION JUNIO 2025

CONCEPTO: PROFESIONAL DE ATENCIÓN 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:

Eliana Andrea Moreno Vargas
Coordinadora
C.C. 52.357.450

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: CLAUDIA MARCELA ANGARITA BASTILLA
C.C. 53.075.806
DR. Cra. 31 # 15- 119
Teléfono: 3123669754 / cmarcelaangaritab@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 KENNEDY
NOMBRE	CLAUDIA MARCELA ANGARITA
CARGO	PSICOSOCIAL
PERIODO y FECHA	JUNIO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	1	1. Verifica la existencia del registro civil de las niñas y los niños (y del documento de identidad de las mujeres gestantes). En los casos de no contarse, orienta y hace seguimiento de la familia y cuidadores y adelanta acciones ante la autoridad competente, según corresponda	1.1 Carpetas de los participantes - Base de las 7 atenciones unificada por UDS,apoyar a nutrición en el seguimiento a casos que falten por atenciones en salud.	10%	JUNIO ok	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 2 gestiones, por profesional psicosocial)	2.1. Cartas de gestion con radicado y/o evidencia del correo enviado(2 efectivas) 2.2, Matriz de Gestión interistitucional Junio unificada por las 3 UDS	10%	JUNIO ok	OK		
		3. Validación criterios de focalizacion junto con el documento de identidad, de los nuevos ingresos, Junio _____	3.1 Formato Visita Criterios de Focalización_____ para los casos de ingreso nuevos que aplique 3.2. Subir al drive creado por grupo territorial, los criterios de focalización de los participantes nuevos_____, a los cuales no aplica visita. Se carga la totalidad de Criterios de Focalización de _____ Participantes coresponditentes a los tres grupos de atención delegados 3.3 Cronograma de Visitas - Firma de las familias Visitadas (Formato APC) . 3.4. Base de criterios de focalizacion unificada por UDS Nota :Los criterios deben estar cargados al 100%.	15%	JUNIO ok	OK		
		4. Realizacion procesos de caracterización, de ___ ingresos para Junio de las Unidades delegadas en el territorio.	4.1 Registro de _____ Nuevos participantes, en el formato (f23.mo12.pp_formato_ficha_de_caracterizacion_para_los_servicios_de_atencion_a_la_primera_infancia_v2).	15%	JUNIO	OK		
		5.Formación a familias Temas: Reconocimiento de derechos N/N	5.1planeaciones 5.2 Acta con firmas	10%	JUNIO	OK		
		6. Procesos de Formación y cualificación al Talento Humano de acuerdo con el tema del Plan de Formacion al TH Temas: Reconocimiento de derechos N/N	6.1 Acta, Registro fotografico y Firmas	10%	JUNIO	OK		
		7.Control Social y Proceso de buzon de sugerencias y control social, (proceso en compañia del comite de control Social).	7.1. Acta de apertura buzon de sugerencias 1 por UDS 7.2 Evidencias fotograficas. 7,3 Acta Reunión Control Social,acompañamiento RPP y cumplimiento del plan de trabajo del comité 7.4 Evidencias socialización respuesta buzon mes enterior	5%	JUNIO	OK		
		8.Seguimiento a poblacion migrante y desplazados.	8.1 Base excel poblacion migrante y desplazados, Formatos APC 1 por UDS	5%	JUNIO	OK		
		9.Activacion de rutas según sea el caso	9.1 Formatos de seguimientos,remisiones. 9.2 Matriz de seguimiento a casos., Priorizados y remitidos (Formato APC),	5%	JUNIO	OK		
		10. Acompañar y apoyar la entrega de RPP	10.1 Acta de verificacion de la RPP con el comite de control social en compañia de la Nutricionista 1 por UDS 10.2 Presencia en el espacio	5%	JUNIO	OK		
		11.Seguimiento a casos de transito armonico	11.1 Realizar acta con la sensibilicacion y gestion de los casos que requieren orientacion para el trasito armonico 11.2 Base de tránsito armónico 1 por UDS	5%	JUNIO	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 garantia de derechos ii Acciones realizadas de cualificacion iii Dificultades del componente en el mes 12.2 F8 contractual i Aportes a las obligaciones del componente	5%	JUNIO	OK		
				TOTAL 100%				

FIRMA CONTRATISTA	Claudia Angarita
NOMBRE:	
C.C.	53.075.866

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	JOSELYNS Rodriguez
C.C.	1.116.916.042

UBBAMV

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141166928267

(415)7707212489984(8020) 000014116692826 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 3 0 7 5 8 0 6	4	Impuestos de Bogotá 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	5 3 0 7 5 8 0 6

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ANGARITA	BASTILLA	CLAUDIA	MARCELA

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: CARRERA 31 15 119

42. Correo electrónico: cmarcelaangaritab@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2
8 2 9 9	2 0 1 8 1 0 1 1					

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

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

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

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: ANGARITA BASTILLA CLAUDIA MARCELA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 11-03-2025 01:20:50AM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Famisanar

FORMULARIO UNICO DE AFILIACION Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de Tramite
2. Tipo de Afiliación
3. Regimen
4. Contribución solidaria
5. Tipo de afiliado
6. Tipo de cotizante
7. Código

A. AFILIACION B. DATOS BASICOS DE IDENTIFICACION (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres: ANGARITA BASTILLA CLAUDIA MARCELA

9. Tipo de documento de identidad: CC
10. Numero del documento de identidad: 53075805
11. Sexo biologico
12. Sexo identificación
13. Nacionalidad: Colombiana
14. Lugar de nacimiento: Pais: COLOMBIA Departamento: CUNDINAMARCA Municipio: SOACHA
15. Fecha de nacimiento: 13 06 1985

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia
17. Comunidad
18. Discapacidad: NO X
Categoria discapacidad
19. Tiene encuesta SISBEN: SI NO X
20. Clasificación SISBÉN
Nivel
Grupo
21. Grupo de población especial
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL
23. Administradora de Pensiones: PORVENIR
24. Ingreso base de cotización - IBC
25. Tarifa contribución solidaria
26. Residencia: CRA 31 # 15-119
3123669754
marcelaangarita86@gmail.com
CUNDINAMARCA SOACHA CIUDAD VERDE

IV. DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos basicos de identificación del conyuge o compañero (a) permanente del cotizante

27. Apellidos y nombres
28. Tipo de documento de identidad
29. Numero del documento de identidad
30. Sexo biologico
31. Sexo identificación
32. Nacionalidad
33. Lugar de nacimiento: Pais / Departamento / Municipio
34. Fecha de nacimiento

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

35. Apellidos y nombres
B1
B2
B3
B4
B5
36. Tipo de documento de identidad
37. Numero del documento de identidad
38. Nacionalidad
39. Sexo biológico
40. Sexo identificación
41. Lugar de nacimiento
42. Fecha de nacimiento
B1
B2
B3
B4
B5
Datos complementarios del beneficiario
43. Parentesco
44. Etnia
45. Comunidad
46. Grupo de poblacion especial
47. Tiene encuesta SISBEN
48. Clasificación SISBÉN
49. Discapacidad
50. INCAPACIDAD PERMANENTE
B1
B2
B3
B4
B5
51. Datos de residencia
Departamento
Municipio / Distrito
Zona
Categoria Municipal
Rural Disperso
Centro Poblado
Resto Rural
Telefono Fijo con indicativo
52. Valor de la UPC del afiliado adicional
B1
B2
B3
B4
B5
Direccion
Localidad / Comuna
Correo electronico
B1
B2
B3
B4
B5

FAMISANAR RADICADO

Famisanar EAS

NIT 830.003.564-7

CUESTIONARIO ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO

	SI	NO
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	X	
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	X	
¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	X	
¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	X	
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	X	
¿Autoriza a EPS FAMISANAR S.A.S. el envío de la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño al correo electrónico?	X	

Firma del Afiliado:

Nombres y Apellidos: Claudia Marcela Angarita Identificación: 53075806

AUTORIZACIÓN PREVIA PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y DATOS PERSONALES SENSIBLES

En mi calidad de cotizante, manifiesto de manera clara, expresa, libre, inequívoca y específica que he otorgado a la Entidad Promotora de Salud EPS FAMISANAR S.A.S, en su calidad de RESPONSABLE del tratamiento de mis datos personales, mi voluntad previa, para que recolecte, almacene, use, circule, suprima, procese y en general trate mis DATOS PERSONALES, DATOS PERSONALES SENSIBLES y demás información susceptible de tratamiento, registrada a mi nombre y/o de los beneficiarios de mi grupo familiar en sus Bases de Datos, con la finalidad de realizar las actividades propias del establecimiento de salud y en los términos previstos en la POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN y AVISO DE PRIVACIDAD disponibles en www.famisanar.com.co, bajo la cual conozco la obligación en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y demás normas que la sustituyan, adicionen, reglamenten, complementen o modifiquen.

Así mismo manifiesto que mis derechos como titular de los datos son los consagrados en la Constitución Nacional y la Ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar, y a suprimir mi información personal y revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales cuando ello fuera procedente (artículo 9° Decreto 1377 de 2013).

"Datos sensibles: Se entiende por datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del titular o cuyo uso indebido puede generar su discriminación, tales como aquellos que revelen el origen racial o étnico, la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, la pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos o que promueva intereses de cualquier partido político o que garanticen los derechos y garantías de partidos políticos de oposición, así como los datos relativos a la salud, a la vida sexual, y los datos biométricos." (Numeral 3° artículo 3° Decreto 1377 de 2013).

AUTORIZACIÓN DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS – LEY 1805 DE 2016

De acuerdo con lo definido en el artículo 4 de la Ley 1805, manifiesto a continuación que mi voluntad de ser donante de órganos y tejidos es:

SI	NO

Firma del Afiliado:

Nombres y Apellidos: Claudia Marcela Angarita Identificación: 53075806

Artículo 15. Los menores de edad podrán ser donantes de órganos y tejidos, siempre y cuando sus representantes legales expresen su consentimiento informando para la donación de órganos y/o tejidos dentro de las (8) ocho horas siguientes a la concurrencia de la muerte cerebral. El médico responsable deberá informarles sus derechos y los beneficios de la donación.

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor (a) _____ identificado (a) con el documento ____ No. _____ quien manifiesta no poder o no saber firmar, lo hace en su nombre el (la) señor (a) _____ quien es mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo.

Como testigo, da fe de todo lo anterior y certifica que la huella aquí impuesta pertenece al señor (a) _____

Firmante a Ruego:

Nombres y Apellidos _____

Identificación: _____

Edad _____

Dirección de Domicilio: _____

Nombres y Apellidos de quien no sabe o no puede firmar _____

Huella

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA D.C.,
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,

27/06/2025

A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor CLAUDIA MARCELA ANGARITA BASTILLA** con **Cédula de Ciudadanía** n#mero **53075806**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

N#mero	**007770329774**
Saldo a la fecha	**0.01 Pesos**
Fecha de apertura	**12/07/2014**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **53.075.806**

ANGARITA BASTILLA
APELLIDOS

CLAUDIA MARCELA
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **13-JUN-1985**
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

22-JUN-2003 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-1500116-45135163-F-0053075806-20050823 **00395** 05235A 02 179111402

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

CUENTA DE COBRO No. 6

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 Junio 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:

Eliana Moreno Vargas
Coordinadora
C.C. 52.357.450

Aprobado por:

Ana Rocío 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 # 11007062025

PROGRAMA	EIH BESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	LAURA SOFIA ALARCON ARBELAEZ
CARGO	NUTRICIONISTA
PERIODO y FECHA	JUNIO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCIÓN	5	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias como se establece en Cronograma de Capacitación, deacuerdo a la propuesta de cada Nutricionista por territorio. 1.1. Estrategia IEC: Enfermedades prevalentes 1.2. Compilcaciones lactancia materna:	1.1 Planeación cargada al drive 1.2 Realización de los talleres, de las UAS delegadas 1.3 Acta de proceso con listados de asistencias en físico y digital, promoción en la unidad 1.4. Registro fotografico.	15%	Junio 2025	OK		
		2. Cualificación al Talento Humano, según Cronograma de estrategia IEC (Información Educación y comunicación en SAN) Temas dejunio: 2.1. Estrategia IEC: Enfermedades prevalentes 2.2.Compilcaciones la lactancia materna:	2.1 Planeación cargada al drive 2.2 Acta de proceso con listados de asistencias en físico y digital. 2.3 Registro Fotografico	10%	Junio 2025	OK		
		3. Tamizaje a participantes nuevos en el mes y participantes que cumplieron 3 meses de atención____	3.1. Formato F6 y F7 segun corresponda 3.2.Formato perimetro brasquial a quien corresponda APC(Toma de talla y peso teniendo encuenta la vinculación e la modalidad)	20%	Junio 2025	OK		
		4. Cargar a la plataforma Cuéntame los datos correspondientes a las tomas iniciales, de los _____ Ingresos del mes.	**4. Descargue del excel , generado en aplicativo CUENTAME, donde se encuentren filtrados los participantes ingresados maximo 8 dias despues del ingreso.** 4.1 Actualización formato F6 4.2 Actualizacion formato F7	5%	Junio 2025	OK		
		5. Seguimiento Nutricional a Casos (Casos Evento 113, Casos de Desnutrición reporte cuentame y Casos de Riesgo de desnutrición aguda reporte cuentame)	**Casos Desnutrición:** 5.1. Correo electrónico EAPB 5.2. PQR a la EAPB 5.3. Remisión a la familia (Formato APC) 5.4. Seguimiento Nutricional (Formato APC) **Casos Riesgos de Desnutrición Aguda (priorización para encuentro en el hogar)Notificación en tiempo real de los participantes con riesgo.** 5.5.Evidencias cargue riesgo desnutrición(atenciones en salud,educación alimentaria y nutricional,cargue cuentame) **Evento 113: De acuerdo a las solicitudes del C2 los casos que desde la secretaria de salud sean identificados y notificados como desnutrición aguda, deberan contar con seguimiento y acercamiento a las familias para la validación de servicios recibidos por la EAPB, tales como:** 5.7. Entrega de FTLC; 5.8. Consulta de CYD; nutrición, pediatría, examentes complementarios. 5.9. La información recibida debera registrarse en formato de acta APC anexando los soportes que la familia entregue.	20%	Junio 2025	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 verificacion de la RPP con el comite de control social en compañia de la Psicosocial 6.3 Presencia en el espacio	10%	Junio 2025	OK		
		7. Acompañar, verificar y apoyar PSB y BPM.	**7.Formatos:** 7.1. Formatos de limpieza y desinfeccion 7.2 Actualizacion de PSB 7.3 Actualizacion de BPM	5%	Junio 2025	OK		
		8.Activacion de rutas según sea el caso	8.1 Formatos de seguimientos/remisiones. 8.2 Matriz de seguimiento a casos, Priorizados y remitidos (Formato APC) 8.3.Seguimiento a puerperio(novedades,planeación según corresponda)	5%	Junio 2025	OK		
		9. Informe de gestión mensual en el formato FB contractual y general de acciones	9. Formato de informe – Enviado por Coordinación Drive 9.1 FB de acciones(Faltantes esq,vacunas,crecimiento y desarrollo,control prenatal y su respectivo seguimiento,cruce FB con base de las 7 atenciones. I Datos de casos con malnutricion II Acciones realizadas de cualificacion III Dificultades del componente en el mes 9.2 FB contractual I Aportes a las obligaciones del componente	5%	Junio 2025	OK		
		10.. Verificación botiquines por UDS	10.1 Revisión de insumos. 10.2 . Estrategias para uso en salones comunales.	5%	Junio 2025	OK		
				100%				

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

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Johanna Mayoral
C.C.	52514201

VoBo EMW

Outlook

PSE - Transacción Aprobada ☑ CUS 1558406935

Desde serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co>
Fecha Lun 16/06/2025 2:38 PM
Para laura06saa@hotmail.com <laura06saa@hotmail.com>

pse

¡Hola, Laura Sofía Alarcón Arbelaez!

Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: $ 413.300
Empresa: COMPENSAR-OI
Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Fecha de la transacción: 16/06/2025
CUS: 1558406935
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.

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	
2025-06	2025-06	I	16/06/2025	87428471	$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

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

CUENTA DE COBRO No. 5

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: ($2.670.988) DOS MILLONES SEICIENTOS SETENTA MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS M/CTE.
PERIODO: **Fase Atención Junio 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: ($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:

Eliana Andrea Moreno Vargas
Coordinadora
C.C. 52.357.450

Aprobado por:

Ana Rocio Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: 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 # 21007062025

PROGRAMA	EIH CRECIENDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	NATALY SARMIENTO
CARGO	NUTRICIONISTA
PERIODO y FECHA	JUNIO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCIÓN	5	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias como se establece en Cronograma de Capacitación, deacuerdo a la propuesta de cada Nutricionista por territorio. 1.1. Estrategia IEC: Enfermedades prevalentes 1.2. Complicaciones lactancia materna.	1.1 Planeación cargada al drive 1.2 Realización de los talleres, de las UAS delegadas 1.3 Acta de proceso con listados de asistencias en físico y digital, promoción en la unidad 1.4. Registro fotografico.	15%	Junio	OK		
		2. Cualificación al Talento Humano, según Cronograma de estrategia IEC (Información Educación y Comunicación en SAN) Temas definidos: 2.1. Estrategia IEC: Enfermedades prevalentes 2.2.Complicaciones la lactancia materna.	2.1 Planeación cargada al drive 2.2 Acta de proceso con listados de asistencias en físico y digital. 2.3 Registro Fotografico	10%	Junio	OK		
		3. Tamizaje a participantes nuevos en el mes; y participantes que cumplieron 3 meses de atención____	3.1. Formato F6 y f7 segun corresponda 3.2.Formato perimetro braquial a quien corresponda APC)(Toma de talla y peso teniendo encuenta la vinculación a la modalidad)	20%	Junio	OK		
		4. Cargar a la plataforma Cuéntame los datos correspondientes a los tomas iniciales, de los _____ ingresos del mes.	4. **Descargue del excel , generado en aplicativo CUENTAME, donde se encuentren filtrados los participantes ingresados maximo 8 dias despues del ingreso.** 4.1 Actualización formato F6 4.2 Actualizacion formato F7	5%	Junio	OK		
		5. Seguimiento Nutricional a Casos (Casos Evento 113, Casos de Desnutrición reporte cuentame y Casos de Riesgo de desnutrición aguda reporte cuentame)	**Casos Desnutrición:** 5.1. Correo electrónico EAPB 5.2. PQR a la EAPB 5.3. Remisión a la familia (Formato APC) 5.4. Seguimiento Nutricional (Formato APC) **Casos Riesgos de Desnutrición Aguda (priorización para encuentro en el hogar)Notificación en tiempo real de los participantes con riesgo.** 5.5. Evidencias cargue riesgo desnutrición(atenciones en salud,educación alimentaria y nutricional,cargue cuentame) **Evento 113: De acuerdo a las solicitudes del CE los casos que desde la secretaria de salud sean identificados y notificados como desnutrición aguda, deberan contar con seguimiento y acercamiento a las familias para la validación de servicios recibidos por la EAPB, teles como:** 5.7. Entrega de FTLC; 5.8. Consulta de CYD; nutrición, pediatria, examentes complementarios. 5.9. La información recibida debera registrarse en formato de acta APC anexando los soportes que la famila entregue.	20%	Junio	OK		
		6. Acompañar y apoyar la entrega de RFPP, Refrigerios y Bienestarina.	6.**Formatos:** 6.1. Formato de Verificación de calidad y cantidad 6.2 Acta de verificacion de la RPP con el comite de control social en compañia de la Psicosocial 6.3 Presencia en el espacio	10%	Junio	OK		
		7. Acompañar, verificar y apoyar PSB y BPM.	7.**Formatos:** 7.1. Formatos de limpieza y desinfeccion 7.2 Actualizacion de PSB 7.3 Actualizacion de BPM	5%	Junio	OK		
		8.Activacion de rutas según sea el caso	8.1 Formatos de seguimientos,remisiones. 8.2 Matriz de seguimiento a casos., Priorizados y remitidos (Formato APC) 8.3.Seguimiento a puerperios(novedades,planeación según corresponda)	5%	Junio	OK		
		9. Informe de gestión mensual en el formato F8 contractual y general de acciones	9. Formato de Informe – Enviado por Coordinación. Drive 9.1 F8 de acciones(Faltantes eps,vacunas,crecimiento y desarrollo,control prenatal y su respectivo seguimiento,cruce f8 con base de las 7 atenciones. i Datos de casos con malnutricion ii Acciones realizadas de cualificacion iii Dificultades del componente en el mes 9.2 F8 contractual i Aportes a las obligaciones del componente	5%	Junio	OK		
		10.. Verificación botiquines por UDS	10.1 Revisión de insumos. 10.2 .Estrategias para uso en salones comunales.	5%	Junio	OK		
				100%				

FIRMA CONTRATISTA	Nataly Sarmiento
NOMBRE:	Nataly Sarmiento
C.C.	1031139309.

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Joselin Rodriguez Gaitano
C.C.	1116916542

VoBo

Gmail

Nataly Sarmiento <sarmientosn892@gmail.com>

PSE - Transacción Aprobada ☑ CUS 1553352794

1 mensaje

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co>
Para: sarmientosn892@gmail.com

14 de junio de 2025, 7:42

¡Hola, Nataly sarmiento !

Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:



Valor: $ 663.600

Empresa: APORTES EN LINEA

Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9486197632

Fecha de la transacción: 14/06/2025

CUS: 1553352794

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.

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
2025-05	2025-05	1553352794	9486197632	I	2025/06/05	2025/06/16	BANCO DAVIVIENDA	11	$663,600

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)					$2,000,000	$320,000			$2,000,000	$250,000			$2,000,000	$40,000			$2,000,000	$48,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,000,000	$320,000			$2,000,000	$250,000			$2,000,000	$40,000			$2,000,000	$48,800		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$2,000,000	$320,000			$2,000,000	$250,000			$2,000,000	$40,000			$2,000,000	$48,800		$0	$0
1	CC 1031139309	SARMIENTO NATALY	230201	30	$2,000,000	$320,000	EPS005	30	$2,000,000	$250,000	CCF24	30	$2,000,000	$40,000	14-23	30	$2,000,000	$48,800	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$2,000,000	$320,000			$2,000,000	$250,000			$2,000,000	$40,000			$2,000,000	$48,800		$0	$0

PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

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
2025-05	2025-05	1553352794	9486197632	1	2025/06/05	2025/06/16	BANCO DAVIVIENDA	11	$663,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$320,000	$2,300	$0	$322,300
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$320,000	$2,300	$0	$322,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$48,800	$400	$0	$49,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$48,800	$400	$0	$49,200
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$40,000	$300	$0	$40,300
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$40,000	$300	$0	$40,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$250,000	$1,800	$0	$251,800
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$250,000	$1,800	$0	$251,800
TOTAL				1	$658,800	$4,800	$0	$663,600

Ciudad: BOGOTÁ D.C Mes: JUNIO 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-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 Junio 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:

Eliana Andrea Moreno Vargas
Coordinadora
C.C. 52.357.450

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: 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 KENNEDY
NOMBRE	TATIANA MUÑOZ
CARGO	APOYO PEDAGOGICO
PERIODO y FECHA	JUNIO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	5	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" 2 Horas efectivas(Estar en los salones comunales 15 minutos del inicio de los encuentros grupales)	20%	Junio 2025	OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (EIH)	2.1. Planeacion 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%	Junio 2025	OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion 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 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA _ 3.4 Archivo Fisico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas)	5%	Junio 2025	OK		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo el el ultimo viernes de cada mes sus ingesos y egresos ____ durante el mes de Junio	4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes junio 4.2 Soportes de egreso 4.3 Soportes de ingreso	10%	Junio 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 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%	Junio 2025	OK		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o por documentos faltantes	6.1 Formato de novedades	5%	Junio 2025	OK		
		7.Escala cualitativa del desarrollo	7.1.Aplicación de escala. 7.2 Diligenciamiento del formato fisico , archivado en cada carpeta y escaneado en el drive de participantes 7.3.Socialización escalas realizadas mes anterior	5%	Junio 2025	OK		
		8.Microproyectos	8.1Socializacion microproyectos en word y presentación power point,(objetivos,autor,intencionalidad,recursos)	10%	Junio 2025	OK		
		9. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faliciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	9.1 Ambientación de espacios fisicos de la UDS, "Padres que son muy madres" 8.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica.	15%	Junio 2025	OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Angie Tatiana M
NOMBRE:	Angie Tatiana M
C.C.	1020.786.376

FIRMA COORDINADORA	Johanna Hayoot
NOMBRE:	
C.C.	52517201

VoBo EAMV



MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Estado de la solicitud
Transacción aprobada

Tienda
COMPENSAR-OI

Fecha de solicitud
Fri Jun 20 00:00:00 COT 2025

CUS
1568469036

¿Cuánto?
$ 413.800,00

Factura de comercio
87190792

Tu plata salió de:

Disponible

Listo

Imprimir



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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-05	I	20/06/2025	87190792	$413.800	

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	178.000	0		0		0	1	200	0	178.200	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
23030I	Porvenir	800224808-8	227.800	0	0	0	0	1	200	0	228.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	7.500				7.500	1	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	1	0	0	0
ICBF				
0	1	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	178.200
Pensión	1	227.800	228.000
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	413.800

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	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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2025-05	2025-05	I	20/06/2025	87190792	TOTAL A PAGAR	
					$413.800	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. en exterior	Pensionado	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	Aporta SENA	Aporte ICBF	Aporta ESAP	Aporte MEN
CC	1020786376	MUÑOZ CARDENAS ANGIE TATIANA	59	C			N																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS068	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: BOGOTA D.C Mes: JUNIO Día: 30 Año: 2025

CUENTA DE COBRO No. 5

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 Junio 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:
Eliana Andrea Moreno Vargas
Coordinadora
C.C. 52.357.450

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

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

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 KENNEDY
NOMBRE	ANYELA PATRICIA VELASQUEZ
CARGO	APOYO PEDAGOGICO
PERIODO y FECHA	JUNIO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	5	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" 2 Horas efectivas(Estar en los salones comunales 15 minutos del inicio de los encuentros grupales)	20%	Junio 2025	ok		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (EIH)	2.1. Planeacion 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%	Junio 2025	ok		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion 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 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA 3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas)	5%	Junio 2025	ok		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo el el ultimo viernes de cada mes sus ingesos y egresos ____ durante el mes de Junio	4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes junio 4.2 Soportes de egreso 4.3 Soportes de ingreso	10%	Junio 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 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%	Junio 2025	ok		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o por documentos faltantes	6.1 Formato de novedades	5%	Junio 2025	ok		
		7.Escala cualitativa del desarrollo	7.1.Aplicación de escala. 7.2 Diligenciamiento del formato fisico , archivado en cada carpeta y escaneado en el drive de participantes 7.3.Socialización escalas realizadas mes anterior	5%	Junio 2025	ok		
		8.Microproyectos	8.1Socializacion microproyectos en word y presentación power point,(objetivos,autor,intencionalidad,recursos)	10%	Junio 2025	ok		
		9. Generar espacios y ambientes enrriquecidos que falciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	9.1 Ambientación de espacios fisicos de la UDS, "Padres que son muy madres" 8.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica.	15%	Junio 2025	ok		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Patricia Velasquez
NOMBRE:	
C.C.	52792 170

FIRMA COORDINADORA	Johanna Mayorga
NOMBRE:	
C.C.	52517201

V°B° APV.

Banco de Occidente

punto pago

RECIBO DE PAGO

cha de pago: 17/06/2025 **Hora:** 18:13:34

Comercio: 13344 **No. Terminal:** 18

Trx: 78569329 **Id Aut:** 2391

omercio: PLATIK - INTERCOM AAA

rección: CALLE 70 109 11

RECAUDO DE FACTURAS

TRANSACCIÓN EXITOSA

onvenio: PLANILLA AS APORTES EN LINEA

ódigo convenio: 1506

eferencia de pago: 9486792653

alor: $413.300.0

ORIGINAL

orresponsal bancario para Banco de Occidente.
impresión de este tiquete implica su aceptación,
fique la información. Este es el único recibo oficia
pago. Requerimientos 018000 514652.

Powered by CamScanner

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
2025-05	2025-05	35239103	9486792653	I	2025/06/18	2025/06/18	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

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
2025-05	2025-05	35239103	9486792653	I	2025/06/18	2025/06/18	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**

2025/06/18 09:35 AM

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

CUENTA DE COBRO No. 5

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: 0550488452785659 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 Junio 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:

Eliana Andrea Moreno Vargas
Coordinadora
C.C. 52.357.450

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Luz Marina Diaz Corredor

NOMBRE: LUZ MARINA DIAZ CORREDOR
C.C. 51.746.897
DR. Carrera 75 # 36 – 43 sur
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 # 1100706 2025

PROGRAMA	EIH KENNEDY
NOMBRE	LUZ MARINA DIAZ
CARGO	APOYO PEDAGOGICO
PERIODO y FECHA	JUNIO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	5	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" 2 Horas efectivas(Estar en los salones comunales 15 minutos del inicio de los encuentros grupales)	20%	Junio 2025 OK	OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (EIH)	2.1. Planeacion 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%	Junio 2025 OK	OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion 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 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA 3.4 Archivo Fisico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas)	5%	Junio 2025 OK	OK		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo el el ultimo viernes de cada mes sus ingesos y egresos ____ durante el mes de Junio	4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes junio 4.2 Soportes de egreso 4.3 Soportes de ingreso	10%	Junio 2025 OK	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 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%	Junio-2025 OK	OK		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o por documentos faltantes	6.1 Formato de novedades	5%	Junio-25 OK	OK		
		7.Escala cualitativa del desarrollo	7.1.Aplicación de escala. 7.2 Diligenciamiento del formato fisico , archivado en cada carpeta y escaneado en el drive de participantes 7.3.Socialización escalas realizadas mes anterior	5%	Junio-25 OK	OK		
		8.Microproyectos	8.1Socializacion microproyectos en word y presentación power point,(objetivos,autor,intencionalidad,recursos)	10%	Junio-25	OK		
		9. Generar espacios y ambientes enriquecidos que falciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	9.1 Ambientación de espacios fisicos de la UDS, "Padres que son muy madres" 8.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica.	15%	Junio-25	OK		
				TOTAL 100%				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	LUZ MARINA DIAZ
C.C.	31.796.897

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Johanna Vaycarl
C.C.	52517201

VoBo EMW

Multipagas
OFC: 1876 - MP Kennedy
FCH: 10/06/2025 08:11:10 AM
CAJ: XIMEDINA - XIMENA MEDINA
TER: C01

TRANSACCION	Movii PLANILLA ASISTIDA COMPENSAR
REFERENCIA 1	8387262900
REFERENCIA 2	0
REFERENCIA 3	
VALOR	504,200.00

MEDIOS DE PAGO	VALOR
Efectivo Recibido	504,200.00

dd7e147bef044e78b74b5c195c3df57e

Multipagas

I
A
A
P

Compensar EPS 268900

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

Banco de Bogotá
Banco AV Villas
Banco de Occidente

Para pagos desde otros canales:

- Número de cédula
- Período de pago
- Ingrese a www.miplanilla.com

51746897

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

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

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: 8387262900

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	8387262900
Fecha pago	2025-06-10
Número de autorización pago	33709484
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	mayo de 2025
Periodo de Cotización Pensión	mayo 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 EPS	268900	2

8387262900

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

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008		0	0	0	0	0	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: JUNIO Día: 30 Año: 2025

CUENTA DE COBRO No. 5

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 Junio 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:

Eliana Andrea Moreno Vargas
Coordinadora
C.C. 52.357.450

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Mayerly Gómez Suárez

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 CA
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
CTO # 11007062025

PROGRAMA	EIH KENNEDY
NOMBRE	Mayerly Gómez Suarez
CARGO	APOYO PEDAGOGICO
PERIODO y FECHA	JUNIO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	5	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" 2 Horas efectivas(Estar en los salones comunales 15 minutos del inicio de los encuentros grupales)	20%	Junio 2025	OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de minimo 60 minutos de formación (EIH)	2.1. Planeacion 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%	Junio 2025	OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion 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 Acomodacion de las cajas respectivas con las carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA _ 3.4 Archivo Fisico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas)	5%	Junio 2025	OK		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo el el ultimo viernes de cada mes sus ingesos y egresos ____ durante el mes de Junio	4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes junio 4.2 Soportes de egreso 4.3 Soportes de ingreso	10%	Junio 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 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	10%	Junio 2025	OK		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o por documentos faltantes	6.1 Formato de novedades	5%	Junio 2025	OK		
		7.Escala cualitativa del desarrollo	7.1.Aplicación de escala. 7.2 Diligenciamiento del formato fisico , archivado en cada carpeta y escaneado en el drive de participantes 7.3.Socialización escalas realizadas mes anterior	5%	Junio 2025	OK		
		8.Microproyectos	8.1Socializacion microproyectos en word y presentación power point,(objetivos,autor,intencionalidad,recursos	10%	Junio 2025	OK		
		9. Generar espacios y ambientes enrriquecidos que faliciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	9.1 Ambientación de espacios fisicos de la UDS, "Padres que son muy madres" 8.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica.	15%	Junio 2025	OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Mayerly Gómez
NOMBRE:	Mayerly Gómez Suarez
C.C.	1.030.555.803

FIRMA COORDINADORA	Johanna Hoyos
NOMBRE:	
C.C.	52517201

VB° EMV

8

MOVIIRED

06/06/2025 16:08:44
MICELANEA JR CELLCITY
#104014

No. transacción
ON250606.1608.B08360

TRANSACCIÓN EXITOSA
PAGO DE FACTURAS

Banco de Bogotá

No. autorización 8338719704(
Convenio: PLANILLA ASISTIC
COMPENSAR
No. Ref: 8386755099
Valor: $414,500

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

CamScanner

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: 8386755099

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	MAYERLY ANDREA GOMEZ SUAREZ	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC1030555808	**Periodo de Cotización Salud**	mayo de 2025
Número de planilla	8386755099	**Periodo de Cotización Pensión**	mayo de 2025
Fecha pago	2025-06-09	**Número de Administradoras**	3
Número de autorización pago	33171420	**Total Pagado**	414500
Banco	1023	**Total Intereses de Mora**	1200

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	7600	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	228400	1
EPS008	Compensar EPS	178500	1

PAGADA 8386755099

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

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: JUNIO Día: 30 Año: 2025

CUENTA DE COBRO No. 5

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
APC2025-EIH KENNEDY -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 DIESCISIETE MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y SIETE M/CTE.
PERIODO: **Fase de atención Junio 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 DIESCISIETE 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:

Eliana Andrea Moreno Vargas
Coordinadora
C.C. 52.357.450

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: 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 KENNEDY
NOMBRE	Licol alejandra Barrero
CARGO	APOYO PEDAGOGICO
PERIODO y FECHA	JUNIO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	5	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" 2 Horas efectivas(Estar en los salones comunales 15 minutos del inicio de los encuentros grupales)	20%	Junio 2025	ok		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (EIH)	2.1. Planeacion 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%	Junio 2025	ok		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion 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 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA _ 3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas)	5%	Junio 2025	ok		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo el el ultimo viernes de cada mes sus ingesos y egresos ____ durante el mes de Junio	4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes junio 4.2 Soportes de egreso 4.3 Soportes de ingreso	10%	Junio 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 uno a uno de la entrega de RPP - en power Point 5.5 Formato de Bienestarina	10%	Junio 2025	ok		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o por documentos faltantes	6.1 Formato de novedades	5%	Junio 2025	ok		
		7.Escala cualitativa del desarrollo	7.1.Aplicación de escala. 7.2 Diligenciamiento del formato fisico , archivado en cada carpeta y escaneado en el drive de participantes 7.3.Socialización escalas realizadas mes anterior	5%	Junio 2025	ok		
		8.Microproyectos	8.1Socializacion microproyectos en word y presentación power point,(objetivos,autor,intencionalidad,recursos)	10%	Junio 2025	ok		
		9. Generar espacios y ambientes enrriquecidos que faliciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	9.1 Ambientación de espacios fisicos de la UDS, "Padres que son muy madres" 8.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica.	15%	Junio 2025	ok		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	Licol alejandra Barrero
C.C.	1233489641

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Johanna Vayona
C.C.	52511201

VoBo EMW

← Comprobante de pago

Pago realizado

Pago en
Aportes En Linea

¿Cuánto?
$ 449.100,00

Fecha
17 de junio de 2025 a las 07:18 p. m.

Referencia
M15797190

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
2025-05	2025-05	1562151528	9486490675	I	2025/06/11	2025/06/18	NEQUI	7	$449,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,440,000	$230,400			$1,440,000	$180,000			$1,440,000	$28,800			$1,440,000	$7,600		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,440,000	$230,400			$1,440,000	$180,000			$1,440,000	$28,800			$1,440,000	$7,600		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,440,000	$230,400			$1,440,000	$180,000			$1,440,000	$28,800			$1,440,000	$7,600		$0	$0
1	CC 1233489641	BARRERO NICOL	230301	30	$1,440,000	$230,400	EPS008	30	$1,440,000	$180,000	CCF24	30	$1,440,000	$28,800	14-11	30	$1,440,000	$7,600	30	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,440,000	$230,400			$1,440,000	$180,000			$1,440,000	$28,800			$1,440,000	$7,600		$0	$0

Scanned with CamScanner

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
2025-05	2025-05	1562151528	9486490675	I	2025/06/11	2025/06/18	NEQUI	7	$449,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$230,400	$1,100	$0	$231,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$230,400	$1,100	$0	$231,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,600	$100	$0	$7,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$7,600	$100	$0	$7,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$28,800	$200	$0	$29,000
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$28,800	$200	$0	$29,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$180,000	$900	$0	$180,900
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$180,000	$900	$0	$180,900
TOTAL				1	$446,800	$2,300	$0	$449,100

Scanned with CamScanner

2025/06/17 07:18 PM

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

CUENTA DE COBRO No. 5

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 Junio 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:

Eliana Andrea Moreno Vargas
Coordinadora
C.C. 52.357.450

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: 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 KENNEDY
NOMBRE	YULIETH NATALIA MUÑOZ ZAMORA
CARGO	APOYO PEDAGOGICO
PERIODO y FECHA	JUNIO

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	5	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" 2 Horas efectivas(Estar en los salones comunales 15 minutos del inicio de los encuentros grupales)	20%	Jun-25	OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (EIH)	2.1. Planeacion 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 50 encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente.	20%	Jun-25	OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentacion 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 Acomodacion de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalizacion de cada uno de los documentos de los participantes del GA 6 3.4 Archivo Fisico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (50 carpetas)	5%	Jun-25	OK		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo el el ultimo viernes de cada mes sus ingesos y egresos 6 durante el mes de Junio	4.1 Formato de ingresos y egresos 6 en el mes junio 4.2 Soportes de egreso 4.3 Soportes de ingreso	10%	Jun-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 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	10%	jun-25	OK		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o por documentos faltantes	6.1 Formato de novedades	5%	jun-25	OK		
		7.Escala cualitativa del desarrollo	7.1 Aplicación de escala. 7.2 Diligenciamiento del formato fisico , archivado en cada carpeta y escaneado en el drive de participantes 7.3 Socialización escalas realizadas mes anterior	5%	jun-25	OK		
		8.Microproyectos	8.1Socializacion microproyectos en word y presentación power point,(objetivos,autor,intencionalidad,recursos)	10%	jun-25	OK		
		9. Generar espacios y ambientes enriquecidos que falciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	9.1 Ambientación de espacios fisicos de la UDS, "Padres que son muy madres" 8.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica.	15%	jun-25	OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	Natalia Muñoz
C.C.	1032492656

FIRMA COORDINADORA	Johanna Mayorga
NOMBRE:	
C.C.	52517201

Vobo

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 junio de 2025

CUS
1560214916

Referencia Nequi
M1380246

¿Cuánto?
$ 414.500,00

Valor de los impuestos
$ 0,00

Número de referencia 2
CC

Número de referencia 3
1032492656

Factura de comercio
87459922

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	
2025-05	2025-05	I	17/06/2025	87459922	$414.500	

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	4	500	0	178.500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	227.800	0	0	0	0	4	600	0	228.400	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	4	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	4	0	0	0
ICBF				
0	4	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	178.500
Pensión	1	227.800	228.400
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	414.500

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

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

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-05	I	17/06/2025	87459922	$414.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza en el exterior	Exonerado	IRET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	DOMICILIACIÓN	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	227.800	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

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

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

CUENTA DE COBRO No. 6

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 JUNIO 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 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: ($2.820.246) 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:

Eliana A. Moreno Vargas
Coordinadora
C.C. 52.357.450

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

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 CARGO
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
CTO # 11007062025

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

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	5	5. Entrega oportuna y de calidad de la nómina(recepcion y verificación) de la documentación para formalización.	5.1. Formato de nómina en excell. 5.2. Chek list de nómina por cargo (100% de los soportes relacionados) de la UDS asignada.Transportes	55%	Junio 2025	ok		
		6. Organización de formatos y material requerido para la operación del programa.	6.1. Seguimiento, solicitud de Copias 6.2. Formato de solicitud de materiales didactico y de consumo. 6.3. Formato de solicitud de aseo. 6.4. Kardex de ingresos a la bodega y egreso, (Matriales y Dotación)	30%	Junio 2025	ok		
		8. Custodia y control de los equipos .	8.1.Relación de fotocopiado e impresiones	15%				
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	Luz Adriana Rocha
C.C.	1.098.619.826

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Johanna Alayon L.
C.C.	52517201

VB°

Nequi

Resumen de pago

Descripción de compra
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Estado de la solicitud
Transacción aprobada

Tienda
COMPENSAR-OI

Fecha de solicitud
16 de junio de 2025

CUS
1558065678

Referencia Nequi
M9335249

¿Cuánto?
$ 415.400,00

Valor de los impuestos
$ 0,00

Número de referencia 2
CC

Número de referencia 3
1098619826

Factura de comercio
86828197

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	1098619826	LUZ ADRIANA ROCHA ALMANZA	AK 80 G 6-19	6015865932	luad_2@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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-05	I	16/06/2025	86828197	$415.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	178.000	0		0		0	7	900	0	178.900	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	227.800	0	0	0	0	7	1.100	0	228.900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	7.500				7.500	7	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	7	0	0	0
ICBF				
0	7	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.900
Pensión	1	227.800	228.900
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	415.400

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1098619826	LUZ ADRIANA ROCHA ALMANZA	AK 80 G 6-19	6015865932	luad_2@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: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-05	2025-05	I	16/06/2025	86828197	$415.400

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Trasladado	IRG	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
CC	1098619826	ROCHA ALMANZA LUZ ADRIANA	59	0			N																	230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS065	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