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

TALENTO HUMANO

FASE DE ATENCION

SEPTIEMBRE 2025

CONTRATO

EIH

KENNEDY

11007062025

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

Asociacion Profesionales de Colombia

830.107.985-1

Relacion de gastos

Eih Kennedy

Talento Humano Contrato 11007062025

Mes Septiembre 2025 Fase De Atencion

PROVEEDOR	TIPO DE IDENTIFICACION	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN PROVEEDOR	CARGO	SOPORTE	DESCRIPCION SOPORTE	COMPROBANTE DE EGRESO	RUBRO	VALOR TOTAL EJECUTADO	RETE ICA 9,66%	VALOR TOTAL PAGADO
Emilce Rojas Aguilar	Cc	52.278.676	Coordinadora	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 4.416.136	$ 42.660	$ 4.373.476
Ana Maria Barragan León	Cc	1.030.572.403	Agente Educativo Perfil 1	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.670.988	$ 25.802	$ 2.645.186
Liliana Patricia Peña Salcedo	Cc	52.974.510	Agente Educativo Perfil 1	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.670.988	$ 25.802	$ 2.645.186
Luz Nidia Perez Velasquez	Cc	52.463.180	Agente Educativo Perfil 1	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.670.988	$ 25.802	$ 2.645.186
Martha Elizabeth Paez Alarcon	Cc	1.032.359.119	Agente Educativo Perfil 1	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.670.988	$ 25.802	$ 2.645.186
Naciris Maria Gutierrez Galvan	Cc	1.030.584.449	Agente Educativo Perfil 1	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.670.988	$ 25.802	$ 2.645.186
Shirley Paola Vanegas Prada	Cc	52.769.729	Agente Educativa Perfil 1	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.670.988	$ 25.802	$ 2.645.186
Veidy Yurany Daza Salgado	Cc	52.973.254	Agente Educativo Perfil 1	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.670.988	$ 25.802	$ 2.645.186
Gina Paola Martinez Castro	Cc	52.978.862	Profesional Psicosocial	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.670.988	$ 25.802	$ 2.645.186
Yuri Alexandra Garcia Avila	Cc	1.032.378.513	Profesional Psicosocial	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 3.561.317	$ 34.402	$ 3.526.915
Johanna Andrea Contreras Marin	Cc	53.077.091	Nutricionista	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 3.561.317	$ 34.402	$ 3.526.915
Judith Patricia Reina Soto	Cc	44.160.991	Nutricionista	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.670.988	$ 25.802	$ 2.645.186
Jenifer Contreras Yate	Cc	1.030.602.668	Apoyo Pedagogico	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.417.697	$ 23.355	$ 2.394.342
Karenth Jeanneth Junco	Cc	52.932.713	Apoyo Pedagogico	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.417.697	$ 23.355	$ 2.394.342
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
Martha Cecilia Garzon	Cc	51.930.289	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
TOTAL								$ 54.919.238	$ 530.520	$ 54.388.718

PRESUPUESTO	$	-
DIFERENCIA	-$	54.919.238

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

CUENTA DE COBRO No. 8

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 Septiembre 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	SEPTIEMBRE

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 ejecucón 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%	sept	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%	sept	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%	sept	OK		
		4. Novedades de Ingresos y egresos Durante el mes de SEPTIEMBRE	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%	sept	OK		
	8	5,. Monitorear el cumplimiento Cuentame al 100% Mensual **Nota aclaratoria:** No se puede egresar participantes de Julio 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%	sept	OK		
		6. Organizar, Monitorear y acompañar: * Entrega de RFPP * Entrega de Refrigerios	6.1. Formatos RFP - 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%	sept	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%	sept	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%	sept	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%	sept	OK		
		10. Acta Reflexión pedagogica	10.1 Planeacion 10.2 Acta 10.3 Registro fotografico	5%	sept	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%	sept	OK		
		12. Comité Técnico Operativo correspondiente al mes de agosto 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 04/09/2025 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%	sept	OK		
				TOTAL 100%				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	Emilce Rojas
C.C.	52.351.460

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Eliana Mora V.
C.C.	52.351.460

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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-08	I	04/09/2025	89139278	$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

12:48 43%

PSE - Transacción Aprobada

CUS 1752883988 Recibidos

S **serviciopse@a...** 4 sep.

para mí

pse

¡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: 04/09/2025
CUS: 1752883988
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

Responder Reenviar

99+

12:48 43%

Inglés
Traducir al español



¡Pago exitoso!

Hiciste un pago en COMPENSAR-OI por $512.800,00
Fecha: El 4 de septiembre de 2025
Hora: 3:43 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

Responder Reenviar

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

CUENTA DE COBRO No. 8

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 Septiembre 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 Rosió 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 Barragan L
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	SEPTIEMBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION		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%	Septiembre	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%	Septiembre	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%	Septiembre	ok		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo el el ultimo viernes de cada mes sus ingesos y egresos ____ durante el mes de Septiembre.	4.1 Formato de ingresos y egresos 6 en el mes septiembre 4.2 Soportes de egreso 4.3 Soportes de ingreso	10%	Septiembre	ok		
		5.Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios,Rpp y Blenestarina 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 Blenestarina Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni	10%	Septiembre	ok		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o por documentos faltantes	6.1 Formato de novedades	5%	Septiembre	ok		
		7.Escala cualitativa del desarrollo	7.1.Aplicación de escala. 4 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%	Septiembre	ok		
		8.Microproyectos	8.1. Presentación documento proyecto por UDS,socialización microproyectos 29 de septiembre junto con presentación y Word.	10%	Septiembre	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, "LENGUAJES QUE GESTAN AMOR" 9.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 9.3 Asistencia a reflexión pedagogica y cualificación a talento humano.(5%)	15%	Septiembre	ok		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Ana María Barragan L
NOMBRE:	Ana María Barragan L
C.C.	10.30572403

FIRMA COORDINADORA	Emilce R.
NOMBRE:	Emilce R
C.C.	52291691E

Vobo EMW.

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 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
2025-08	2025-08	1748040726	9490441395	I	2025/09/02	2025/09/03	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 1030572403	BARRAGAN ANA	230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,423,500	$7,500	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				**$1,423,500**	**$227,800**			**$1,423,500**	**$178,000**			**$0**	**$0**			**$1,423,500**	**$7,500**		**$0**	**$0**

2025/09/02 09:29 PM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-08	2025-08	1748040726	9490441395	I	2025/09/02	2025/09/03	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
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$227,800	$200	$0	$228,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,500	$100	$0	$7,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$7,500	$100	$0	$7,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$200	$0	$178,200
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$178,000	$200	$0	$178,200
TOTAL				**1**	**$413,300**	**$500**	**$0**	**$413,800**

2025/09/02 09:29 PM

Nequi

Resumen de pago

Descripción de compra
Pago de la Planilla de aportes con clave\
9490441395

Estado de la solicitud
Transacción aprobada

Tienda
APORTES EN LINEA

Fecha de solicitud
2 de septiembre de 2025

CUS
1748040726

Referencia Nequi
M43255588

¿Cuánto?
$ 413.800,00

Valor de los impuestos
$ 0,00

Número de referencia 1
190.24.57.220

Número de referencia 2
CC

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

CUENTA DE COBRO No. 8

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 septiembre 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,
Liliana Peña Salcedo

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 Peña
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	SEPTIEMBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION		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%	Septiembre	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%	septiembre	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%	septiembre	Ok		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo el el ultimo viernes de cada mes sus ingesos y egresos ____ durante el mes de Septiembre.	4.1 Formato de ingresos y egresos 6 en el mes septiembre 4.2 Soportes de egreso 4.3 Soportes de ingreso	10%	Septiembre	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%	Septiembre	ok		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o por documentos faltantes	6.1 Formato de novedades	5%	septiembre	ok		
		7.Escala cualitativa del desarrollo	7.1.Aplicación de escala. 4 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%	Septiembre	ok		
		8.Microproyectos	8.1. Presentación documento proyecto por UDS,socialización microproyectos 29 de septiembre junto con presentación y Word.	10%	Septiembre	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, "LENGUAJES QUE GESTAN AMOR" 9.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 9.3 Asistencia a reflexión pedagogica y cualificación a talento humano.(5%)	15%	Septiembre	ok		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Liliana Peña
NOMBRE:	Liliana Peña
C.C.	52974510

FIRMA COORDINADORA	Emile R
NOMBRE:	Emile Ro(3
C.C.	52278690

Vobo EMILY

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
2025-08	2025-08	1771164899	9490167197	I	2025/09/03	2025/09/12	NEQUI	9	$415,800

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

2025/09/12 08:30 AM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 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
2025-08	2025-08	1771164899	9490167197	I	2025/09/03	2025/09/12	NEQUI	9	$415,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$1,300	$0	$229,100
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$227,800	$1,300	$0	$229,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,500	$100	$0	$7,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$7,500	$100	$0	$7,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$1,100	$0	$179,100
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$178,000	$1,100	$0	$179,100
TOTAL				**1**	**$413,300**	**$2,500**	**$0**	**$415,800**

aportes en línea

Pagos aportes en línea

Módulo de pagos electrónicos

Pago electrónico

El pago electrónico de su autoliquidación se ha realizado exitosamente

Resumen del pago electrónico



Dirección IP:	181.53.96.101
Estado de la transacción:	APROBADA
Clave planilla:	9490167197
Valor:	415,800
Período de pago:	2025-08
No Transacción (CUS):	1771164899
Fecha:	2025/09/12
Banco:	NEQUI
Descripción :	Pago de la planilla de aportes con clave: 9490167197
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.

Copyright © 2025 Aportes en Línea. Todos los derechos reservados.

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

CUENTA DE COBRO No. 7

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 Septiembre 2025**

CONCEPTO: Agente Educativa Perfil 1 – EIH Kennedy Gestando Futuro Gran Britalia - del contrato N.11007062025. Con 50 Cupos.

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

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

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

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

Autorizado por:

Emilce Rojas Aguilar
Coordinadora
C.C. 52.278.676

Aprobado por:

Ana Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente, Nidia Perez

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

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

PROGRAMA	EIH KENNEDY
NOMBRE	LUZ NIDIA PEREZ VELASQUEZ
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	SEPTIEMBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION		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%	SEPTIEMBRE	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 42 encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente.	20%	SEPTIEMBRE	OK		47 ENCUENTROS EN EL HOGAR 3 NO SE HICIERON POR PERIODO PUERPERIO
		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%	SEPTIEMBRE	OK		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo el el ultimo viernes de cada mes sus ingesos y egresos ____ durante el mes de Septiembre.	4.1 Formato de ingresos y egresos 6 en el mes septiembre 4.2 Soportes de egreso 4.3 Soportes de ingreso	10%	SEPTIEMBRE	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%	SEPTIEMBRE	Ok		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o por documentos faltantes	6.1 Formato de novedades	5%	SEPTIEMBRE	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%	SEPTIEMBRE	Ok		8.
		8.Microproyectos	8.1. Presentación documento proyecto por UDS,socialización microproyectos 29 de septiembre junto con presentación y Word.	10%	SEPTIEMBRE	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, "LENGUAJES QUE GESTAN AMOR" 9.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 9.3 Asistencia a reflexión pedagogica y cualificación a talento humano.(5%)	15%	SEPTIEMBRE	OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Nidia Perez
NOMBRE:	Nidia Perez
C.C.	52.463.780

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

VoBo EAMW

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.	3124248441	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	1000001242	9489796688	I	2025/08/21	2025/08/13	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 78b# 46-26	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3124248441	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	1000001242	9489796688	I	2025/08/21	2025/08/13	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**

SEP 11 2025 16:59:17 RBMDES10.5

CORRESPONSAL
MASIVOS PREMIUM JAQUEL
CR 77Y 47A 10 SUR

BANCO DE BOGOTA

C.UNICO: 0018726034
V.ELECTRON
**7826
RECAUDO

RECIBO: 018416

TER: AB1EZ896
Cc
RRN: 031246
APRO: 850841

SERVICIO: 0000001506
FACTURA: 000000009491173860

** PAGO FACTURA **.
TRANSACCION EXITOSA

RECAUDO $ 413.300

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

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

CUENTA DE COBRO No. 8

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 Septiembre 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 Rocío 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	SEPTIEMBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION		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%	5 sept			
		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%	5 sept.			1 Puerp.
		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%	5 sept			
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo el el ultimo viernes de cada mes sus ingesos y egresos ____ durante el mes de Septiembre.	4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes septiembre 4.2 Soportes de egreso 4.3 Soportes de ingreso	10%	5 sept			6
		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%	5 sept			
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o por documentos faltantes	6.1 Formato de novedades	5%	5 sept			
		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%	5 sept			6
		8.Microproyectos	8.1. Presentación documento proyecto por UDS,socialización microproyectos 29 de septiembre junto con presentación y Word.	10%	5 sept			
		9. Generar espacios y ambientes enrriquecidos que faliciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	9.1 Ambientacion de espacios fisicos de la UDS, "LENGUAJES QUE GESTAN AMOR" 9.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 9.3 Asistencia a reflexión pedagogica y cualificación a talento humano.(5%)	15%	5 sept			
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	MEPAS
NOMBRE:	MARTHA ELIZABETH PAEZ A
C.C.	1032359119 Bta

FIRMA COORDINADORA	Emile R
NOMBRE:	Emile R
C.C.	52218696

V°B° EMAU

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-08	1752891013	9490623680	I	2025/09/04	2025/09/04	BANCO DAVIVIENDA	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
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
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$413,300	$0	$0	$413,300

2025/09/04 04:11 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 1032359119		PAEZ ALARCON MARTHA ELIZABETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 7 A No 2A -35	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2928246	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-08	1752891013	9490623680	I	2025/09/04	2025/09/04	BANCO DAVIVIENDA	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 1032359119	PAEZ MARTHA	230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,423,500	$7,500	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0

2025/09/04 04:11 PM

DAVIVIENDA

Bienvenido(a), **MARTHA PAEZ ALARCON**
Jueves 4 de Septiembre de 2025, 03:45 PM
Código único CUS: 1752891013

Pago PSE

Resultado de su transacción

Destino de pago
APORTES EN LINEA

Motivo
Pago de la Planilla de aportes con clave: 94906236B0

Número de Aprobación
00891013

Fecha
04/09/2025

Dirección IP
190.25.79.223

Valor transacción
$413.300,00

Costo de la transacción
$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
190.25.79.223	CC	1032359119

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

CUENTA DE COBRO No. 7

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 septiembre 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 Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

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

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

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

PROGRAMA	EIH KENNEDY
NOMBRE	Nacira Gutierrez Galvan
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	SEPTIEMBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION		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%	septiembre	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 49 encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente.	20%	septiembre	OK		se realizan ya encuentros en el hogar ya que un niño esta hospitalizado.
		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%	septiembre	OK		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo el el ultimo viernes de cada mes sus ingesos y egresos ____ durante el mes de Septiembre.	4.1 Formato de ingresos y egresos 4 en el mes septiembre 4.2 Soportes de egreso 4.3 Soportes de ingreso	10%	septiembre	OK		4
		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%	septembre	OK		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o por documentos faltantes	6.1 Formato de novedades	5%	septembre	OK		
		7.Escala cualitativa del desarrollo	7.1.Aplicación de escala. 7 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%	septembre	OK		
		8.Microproyectos	8.1. Presentación documento proyecto por UDS,socialización microproyectos 29 de septiembre junto con presentación y Word.	10%	septembre	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, "LENGUAJES QUE GESTAN AMOR" 9.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 9.3 Asistencia a reflexión pedagogica y cualificación a talento humano.(5%)	15%	septembre	OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Nacira G
NOMBRE:	Nacira Gutierrez
C.C.	1030584446

FIRMA COORDINADORA	Emilce R.
NOMBRE:	Emilce Rojas
C.C.	52216696

Vo Bo Emilce

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1030584449	NACIRIS MARIA GUTIERREZ GALVAN		KR 72 M NO 43 33 SUR BR BOITA	2048169	NOTIENE@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	
2025-08	2025-08	I	08/09/2025	89069175	$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	1030584449	NACIRIS MARIA GUTIERREZ GALVAN	KR 72 M NO 43 33 SUR BR BOITA	2048169	NOTIENE@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	
2025-08	2025-08	I	08/09/2025	89069175	$413.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
D.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1030584449	GUTIERREZ GALVAN NACIRIS MARIA	59	0			N																	25-14	1.423.600	227.600	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

9:19



¡Pago exitoso!

Hiciste un pago en COMPENSAR-OI por $413.300,00
Fecha: El 6 de septiembre de 2025
Hora: 9:18 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

Responder Reenviar

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

CUENTA DE COBRO No.8

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 Septiembre 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
C.C. 52.769.729
DR. Calle 40 Sur No 72 D - 50
Telefono.3118647601 / paolavp2008@gmail.com
NOTA: Se debe anexar planilla de pago de los Aportes a Salud, Pensión y ARL, del mes vencido y productos del mes según certificación de cumplimiento.

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

PROGRAMA	EIH KENNEDY
NOMBRE	SHIRLEY PAOLA VANEGAS PRADA
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	SEPTIEMBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION		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%	Septiembre	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 40 encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente.	20%	Septiembre	ok		49 Visitas 1 Periodo Receso
		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%	Septiembre	ok		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo el el ultimo viernes de cada mes sus ingesos y egresos ____ durante el mes de Septiembre.	4.1 Formato de ingresos y egresos 11 en el mes septiembre 4.2 Soportes de egreso 4.3 Soportes de ingreso	10%	Septiembre	ok		11 Ingresos 11 Egresos
		5.Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios,Rpp y Blenestarina 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 Blenestarina Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni	10%	Septiembre	ok		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o por documentos faltantes	6.1 Formato de novedades	5%	Septiembre	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%	Septiembre	ok		
		8.Microproyectos	8.1. Presentación documento proyecto por UDS,socialización microproyectos 29 de septiembre junto con presentación y Word.	10%	Septiembre	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, "LENGUAJES QUE GESTAN AMOR" 9.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 9.3 Asistencia a reflexión pedagogica y cualificación a talento humano.(5%)	15%	Septiembre	ok		
			TOTAL	100%				

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

FIRMA COORDINADORA	Emile P.
NOMBRE:	Emile P.
C.C.	52980696

Lopo
Emile.

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	
2025-08	2025-08	I	08/09/2025	89266313	$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	52769729	SHIRLEY PAOLA VANEGAS PRADA		Cll 40 sur # 72d - 50	3118647601	paolavp2008@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-08	2025-08	I	08/09/2025	89266313	$413.300

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colombia	Suiza	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	52769729	VANEGAS PRADA SHIRLEY PAOLA	59	0			N																	25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	178.000	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

Gmail

PAOLA VANEGAS <paolavp2008@gmail.com>

Pago exitoso

1 mensaje

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

6 de septiembre de 2025, 11:00



¡Pago exitoso!

Hiciste un pago en COMPENSAR-OI por $413.300,00
Fecha: El 6 de septiembre de 2025
Hora: 11:00 AM

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

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

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

Nequi

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

CUENTA DE COBRO No. 8

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
APC2025-EIH-CON053

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

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

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

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

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

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

Autorizado por:

Emilce Rojas Aguilar
Coordinadora
C.C. 52.278.676

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

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

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

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

PROGRAMA	EIH KENNEDY
NOMBRE	Verdy Yurany Dara Salgado
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	SEPTIEMBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION		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%	Septiembre	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 45 encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente.	20%	Septiembre	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%	Septiembre	OK		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo el el ultimo viernes de cada mes sus ingesos y egresos ____ durante el mes de Septiembre.	4.1 Formato de ingresos y egresos 12 en el mes septiembre 4.2 Soportes de egreso 4.3 Soportes de ingreso	10%	Septiembre	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%	Septiembre	OK		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o por documentos faltantes	6.1 Formato de novedades	5%	Septiembre	OK		
		7.Escala cualitativa del desarrollo	7.1.Aplicación de escala. 7 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%	Septiembre	OK		
		8.Microproyectos	8.1. Presentación documento proyecto por UDS,socialización microproyectos 29 de septiembre junto con presentación y Word.	10%	Septiembre	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, "LENGUAJES QUE GESTAN AMOR" 9.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 9.3 Asistencia a reflexión pedagogica y cualificación a talento humano.(5%)	15%	Septiembre	OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Verdy Dara
NOMBRE:	Verdy Dara
C.C.	52973054

FIRMA COORDINADORA	Emilce B/S
NOMBRE:	Emilce B/S
C.C.	52466935

VBº Emil.

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: 8389370796

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	8389370796
Fecha pago	2025-09-05
Número de autorización pago	49632752
Banco	1023

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

PAGADA

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

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

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

← Comprobante de pago

Pago en Seguridad social

Pago en
Compensar

Número de planilla
8389370796

¿Cuánto?
$ 413.300,00

Fecha
04 de septiembre de 2025 a las 08:51 p. m.

Referencia
M19507091

Ciudad: BOGOTA D.C | Mes: SEPTIEMBRE | Día: 30 | Año: 2025

CUENTA DE COBRO No. 6

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 SEPTIEMBRE 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,

Gina Paola Martinez

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

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

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

PROGRAMA	EIH KENNEDY
NOMBRE	Gino Martinez.
CARGO	PSICOSOCIAL
PERIODO y FECHA	SEPTIEMBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION		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%	SEP	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 Septiembre unificada por las 3 UDS. 2.3. Gestionar espacio para el foro.	10%	SEP	OK		
		3. Validación criterios de focalizacion junto con el documento de identidad, de los nuevos ingresos, septiembre	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	15%	SEP	OK		
		4. Realizacion procesos de caracterización, de ___ ingresos para agosto de las Unidades delegadas en el territorio.	4.1 Registro de Nuevos participantes, en el formato (f23.mo12.pp_formato_ficha_de_caracterizacion_para_los_servicios_de_atencion_a_la_primera_infancia_v2).	15%		OK		
		5.Formación a familias Temas: corresponsabilidad, pautas de crianza, escala valoración cualitativa.	5.1planeaciones 5.2 Acta con firmas.	10%		OK		
		6. Procesos de Formación y cualificación al Talento Humano de acuerdo con el tema del Plan de Formacion al TH Temas: corresponsabilidad	6.1 Acta, Registro fotografico y Firmas 6.2 Asistencia a reflexión pedagogica y cualificación a talento humano.(5%)	10%		OK		
		7.Control Social y Proceso de buzon de sugerencias y control social, (proceso en compañia del comite de control Social).	7.1. Acta de apertura buzon de sugerencias 1 por UDS 7.2 Evidencias fotograficas. 7,3 Acta Reunión Control Social,acompañamiento RPP y cumplimiento del plan de trabajo del comité	5%		OK		
		8.Seguimiento a poblacion migrante y desplazados.	8.1 Base excel poblacion migrante y desplazados, Formatos APC 1 por UDS	5%		OK		
		9.Activacion de rutas según sea el caso	9.1 Formatos de seguimientos,remisiones. 9.2 Matriz de seguimiento a casos., Priorizados y remitidos (Formato APC),	5%	SEP	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%	SEP	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%	SEP	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%	SEP	OK		
				TOTAL 100%				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	Gino Martinez Castro
C.C.	72.978.962

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Enrique Ruiz
C.C.	8224[illegible]

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-09-22, 11:34:35 AM | Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES | Número Planilla: 10747710311

Periodo Cotización: agosto de 2025 | Periodo Servicio: agosto de 2025 | Referencia pago 9823073501

PAGADA 04/09/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

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

II. 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	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte Sena	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
52978862	GINA PAOLA MARTINEZ CASTRO	59	0																	0	30	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	$266,800	$0	$0	$0	$0	$441,800

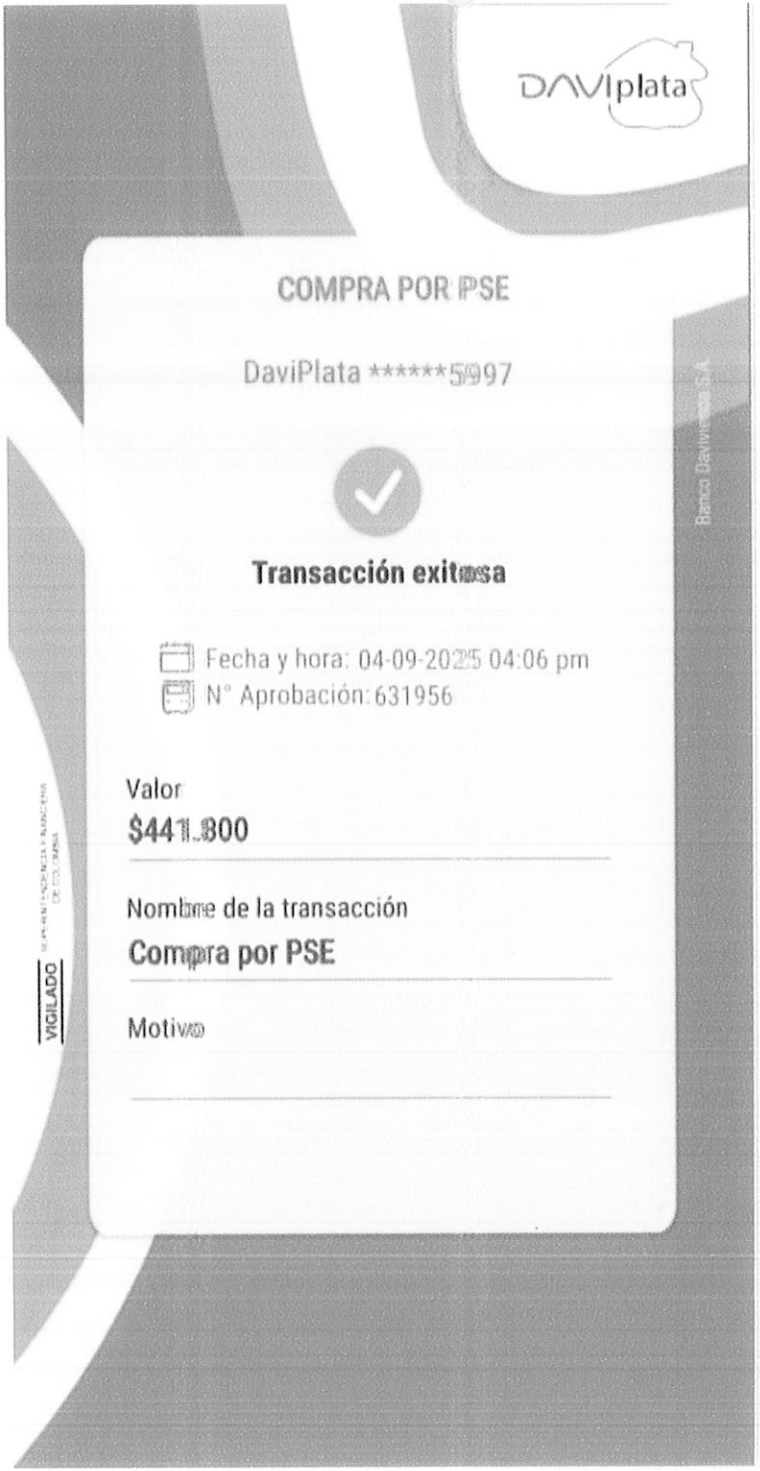
III. TOTALES

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 (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	$0	$441,800

Línea de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 5641441 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Mire que Fácil, SIMPLE!

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

¡El Poder de lo SIMPLE!


DAVIplata
COMPRA POR PSE
DaviPlata ******5997
Transacción exitosa
Fecha y hora: 04-09-2025 04:06 pm
N° Aprobación: 631956
Valor
$441.800
Nombre de la transacción
Compra por PSE
Motivo
VIGILADO

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

CUENTA DE COBRO No. 9

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 Septiembre 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 Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Yuri Alexandra Garcia

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	Yan Alexandra Cerón
CARGO	PSICOSOCIAL
PERIODO y FECHA	SEPTIEMBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION		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%	septiembre	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 Septiembre unificada por las 3 UDS. 2.3. Gestionar espacio para el foro.	10%	septiembre	ok		Comisaria biblioteca Tintal
		3. Validación criterios de focalizacion junto con el documento de identidad, de los nuevos ingresos, septiembre	3.1 Formato Visita Criterios de Focalización 12 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 4 , 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	15%	septiembre	ok		
		4. Realizacion procesos de caracterización, de 16 ingresos para agosto de las Unidades delegadas en el territorio.	4.1 Registro de Nuevos participantes, en el formato (f23.mo12.pp_formato_ficha_de_caracterizacion_para_los_servicios_de_atencion_a_la_primera_infancia_v2).	15%	septiembre	ok		Total 16 6 B Tintal 6 Tintal
		5.Formación a familias Temas: corresponsabilidad, pautas de crianza, escala valoración cualitativa.	5.1planeaciones 5.2 Acta con firmas.	10%	septiembre	ok		
		6. Procesos de Formación y cualificación al Talento Humano de acuerdo con el tema del Plan de Formacion al TH Temas: corresponsabilidad	6.1 Acta, Registro fotografico y Firmas 6.2 Asistencia a reflexión pedagogica y cualificación a talento humano.(5%)	10%	septiembre	ok		
		7.Control Social y Proceso de buzon de sugerencias y control social, (proceso en compañía del comite de control Social).	7.1. Acta de apertura buzon de sugerencias 1 por UDS 7.2 Evidencias fotograficas. 7.3 Acta Reunión Control Social,acompañamiento RPP y cumplimiento del plan de trabajo del comité 7.4 Evidencias socialización respuesta buzon mes anterior. 7.5 Socializacion de servicios 8 de septiembre cargado al cz,entregables pieza comunicativa,listado de asistencia y evidencias fotograficas .	5%	septiembre	ok		
		8.Seguimiento a poblacion migrante y desplazados.	8.1 Base excel poblacion migrante y desplazados, Formatos APC 1 por UDS	5%	septiembre	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%	septiembre	ok		
		10. Acompañar y apoyar la entrega de RPP	10.1 Acta de verificacion de la RPP con el comite de control social en compañía de la Nutricionista 1 por UDS 10.2 Presencia en el espacio	5%	septiembre	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%	septiembre	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	5%	septiembre	ok		
				TOTAL 100%				

FIRMA CONTRATISTA	Yan Alexandra Cerón
NOMBRE:	Yan Alexandra Cerón
C.C.	1032470913

FIRMA COORDINADORA	Emilce Rojas A
NOMBRE:	Emilce Rojas
C.C.	52215 Bogotá

Vobo Emilce

aportes en línea

Resumen General de Pago

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	04915366	9473833196	I	2024/10/03	2024/10/01	BANCO DE OCCIDENTE	0	$395,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,340,000	$214,400			$1,340,000	$167,500			$0	$0			$1,340,000	$14,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,340,000	$214,400			$1,340,000	$167,500			$0	$0			$1,340,000	$14,000		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,340,000	$214,400			$1,340,000	$167,500			$0	$0			$1,340,000	$14,000		$0	$0
1	CC	1032378513	GARCIA YURI	25-14	30 $1,340,000	$214,400	EPS017	30	$1,340,000	$167,500		0	$0	$0	14-11	30	$1,340,000	$14,000	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$1,340,000	$214,400			$1,340,000	$167,500			$0	$0			$1,340,000	$14,000		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	04915366	9473833196	I	2024/10/03	2024/10/01	BANCO DE OCCIDENTE	0	$395,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$214,400	$0	$0	$214,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$214,400	$0	$0	$214,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$14,000	$0	$0	$14,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$14,000	$0	$0	$14,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$167,500	$0	$0	$167,500
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$167,500	$0	$0	$167,500
TOTAL				1	$395,900	$0	$0	$395,900

2024/10/01 04:13 PM



CORRESPONSAL BANCARIO
BANCO DE OCCIDENTE SA
Protegido no se mueve por este
terminal
PAGO DE PLANILLAS

TRANSACCIÓN EXITOSA

Fecha	05/09/2025
Hora	13:52:39
Terminal	347670
Convenio	PILA PLANILLA ASISTIDA APORTES EN LINEA
Cod. Convenio	1506
Comercio	477883
No. aprob	091125
Banco	9600806808
Referencia	
No. aprob	001241653123
Pagado	
Valor	$413,300
Usuario de	JORGE EDUARDO
Venta	PIRE

Línea de atención Nacional
01 8000 512025 Opción 2 nal.
correspondbancal@ventanillaoccidente.com.co
BANCO DE OCCIDENTE
VIGILADO SUPERINTENDENCIA
FINANCIERA DE COLOMBIA

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

CUENTA DE COBRO No. 7

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
APC2025-EIH -CON 019

NOMBRE: JOHANNA ANDREA CONTRERAS MARÍN
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 septiembre 2025**

CONCEPTO: Nutricionista – EIH Kennedy Gestando Futuro Triunfadoras y gran Britania- del contrato N.11007062025. Con 200 Cupos.

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

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

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($3.561.317)TRES MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y UN MIL TRESCIENTOS DIECISIETE PESOS M/CTE. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Emilce Rojas Aguilar
Coordinadora
C.C. 52.278.676

Aprobado por:

Ana Rocio Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: JOHANNA ANDREA CONTRERAS MARÍN
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 MARIN
CARGO	NUTRICIONISTA
PERIODO y FECHA	SEPTIEMBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCIÓN	7	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias como se establece en Cronograma de Capacitación, deacuerdo a la propuesta de cada Nutricionista por territorio. De acuerdo al plan de formación a familias Septiembre.	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.	10%	sept	OK		
		2. Cualificación al Talento Humano, según Cronograma de estrategia IEC (Información Educación y Comunicación en SAN) Temas de Septiembre de acuerdo al plan de formación a talento humano	2.1 Planeación cargada al drive 2.2 Acta de proceso con listados de asistencias en físico y digital. 2.3 Registro Fotografico 2.4.Asistencia a reflexión pedagogica y cualificación a talento humano.(5%)	10%	sept	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%	sept	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	15%	sept	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. Remisión a salud 5.2.Soporte donde se informa a la familia el estado nutricional. 5.3. Acta individual de formaciones con la asistencia de esa familia. 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.** 5.5.1.Evidencias cargue riesgo desnutrición.2Atenciones en salud,3.Educación alimentaria y nutricional4.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%	sept	OK		• RX abdomin
		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%	sept	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%	sept	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%	sept	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 Dificutades del componente en el mes 9.2 F8 contractual i Aportes a las obligaciones del componente	5%	sept	OK		
				100%				

FIRMA CONTRATISTA		FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	ANDREA CONTRERAS MARIN	NOMBRE:	
C.C.	53077091	C.C	

Vobo ERMV.

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

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

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-08	I	10/09/2025	89762083	$931.200	

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	369.000	0		0		0	0	0	0	369.000	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	472.400	0	0	0	0	0	0		472.400	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	72.000				72.000	0	0	72.000			720	72.000	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	17.800	0	0	17.800	1

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	369.000	369.000
Pensión	1	472.400	472.400
Riesgos Laborales	1	72.000	72.000
CCF	1	17.800	17.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	931.200	931.200

PAGADA

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

Gmail

Andrea Contreras <andreco85@gmail.com>

PSE - Transacción Aprobada ☑ CUS 1767386742

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co> 10 de septiembre de 2025, 14:45
Para: andreco85@gmail.com

pse

¡Hola, JOHANNA ANDREA CONTRERAS MARIN!

Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: $ 931.200

Empresa: COMPENSAR-OI

Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha de la transacción: 10/09/2025

CUS: 1767386742

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:

Ciudad: BOGOTÁ D.C Mes: SEPTIEMBRE 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 -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 septiembre 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) 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: 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	EIH GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	JUDITH PATRICIA FEINA SOTO
CARGO	NUTRICIONISTA
PERIODO y FECHA	SEPTIEMBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCIÓN		1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias como se establece en Cronograma de Capacitación, deacuerdo a la propuesta de cada Nutricionista por territorio. De acuerdo al plan de formación a familias Septiembre.	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.	10%	sept	ok		
		2. Cualificación al Talento Humano, según Cronograma de estrategia IEC (Información Educación y Comunicación en SAN) Temas de Septiembre de acuerdo al plan de formación a talento humano	2.1 Planeación cargada al drive 2.2 Acta de proceso con listados de asistencias en físico y digital. 2.3 Registro Fotografico 2.4.Asistencia a reflexión pedagogica y cualificación a talento humano.(5%)	10%	sept	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%	sept	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	15%	sept	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. Remisión a salud 5.2.Soporte donde se informa a la familia el estado nutricional. 5.3. Acta individual de formaciones con la asistencia de esa familia. 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.** 5.5.1.Evidencias cargue riesgo desnutrición.2Atenciones en salud,3.Educación alimentaria y nutricional4.cargue cuentame) **Evento 113: De acuerdo a las solicitudes del CZ los casos que desde la secretaría de salud sean Identificados y notificados como desnutrición aguda, deberan contar con seguimiento y acercamiento a las familias para la validación de servicios recibidos por la EAPB, tales como:** 5.7. Entrega de FTLC: 5.8. Consulta de CYD; nutrición, pediatría, examentes complementarios. 5.9. La información recibida debera registrarse en formato de acta APC anexando los soportes que la famila entregue.	20%	sept	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 RFP con el comite de control social en compañia de la Psicosocial 6.3 Presencia en el espacio	10%	sept	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%	sept	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%	sept	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 Dificutades del componente en el mes 9.2 F8 contractual i.Aportes a las obligaciones del componente	5%	sept	ok		
				100%				

FIRMA CONTRATISTA	Judith Feina
NOMBRE:	JUDITH PATRICIA FEINA SOTO
C.C.	44.160.991

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	
C.C.	

IPP EMMU

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 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
2025-08	2025-08	1793225938	9491311869	I	2025/09/19	2025/09/22	BANCOLOMBIA	3	$441,500

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	$500	$0	$228,300
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$227,800	$500	$0	$228,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$100	$0	$34,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$34,700	$100	$0	$34,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$400	$0	$178,400
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$178,000	$400	$0	$178,400
TOTAL				1	$440,500	$1,000	$0	$441,500

2025/09/21 03:48 PM

aportes en línea

Pagos aportes en línea

Módulo de pagos electrónicos

Pago electrónico

El pago electrónico de su autoliquidación se ha realizado exitosamente

Resumen del pago electrónico



Dirección IP:	161.18.215.150
Estado de la transacción:	APROBADA
Clave planilla:	9491311869
Valor:	441,500
Período de pago:	2025-08
No Transacción (CUS):	1793225938
Fecha:	2025/09/22
Banco:	BANCOLOMBIA
Descripción :	Pago de la planilla de aportes con clave: 9491311869
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.

Copyright © 2025 Aportes en Línea. Todos los derechos reservados.

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

CUENTA DE COBRO No. 7

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 septiembre 2025**

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

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

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

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

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

Autorizado por:

Emilce Rojas Aguilar
Coordinadora
C.C. 52.278.676

Aprobado por:

Ana Rocio Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Jenifer Contreras

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 CARGO
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
CTO # 11007062025

PROGRAMA	EIH KENNEDY
NOMBRE	JENIFER CONTRERAS YATE
CARGO	APOYO PEDAGOGICO
PERIODO y FECHA	SEPTIEMBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION		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%	Septiembre	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 49 encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente.	20%	Septiembre	OK		49 Visitas 1 Periodo Vacacional
		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%	Septiembre	OK		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo el el ultimo viernes de cada mes sus ingesos y egresos ____ durante el mes de Septiembre.	4.1 Formato de ingresos y egresos 11 en el mes septiembre 4.2 Soportes de egreso 4.3 Soportes de ingreso	10%	Septiembre	OK		11 Ingreso
		5.Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios,Rpp y Blenestarina 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 Blenestarina Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni	10%	Septiembre	OK		
		6. Entrega del Formato de novedades por Inasistencia, gripa, o por documentos faltantes	6.1 Formato de novedades	5%	Septiembre	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%	Septiembre	OK		
		8.Microproyectos	8.1. Presentación documento proyecto por UDS,socialización microproyectos 29 de septiembre junto con presentación y Word.	10%	Septiembre	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, "Lenguajes que gestan amor"" 9.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 9.3 Asistencia a reflexión pedagogica y cualificación a talento humano.(5%)	15%	Septiembre	OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Jenifer Contreras
NOMBRE:	Jenifer Contreras
C.C.	1030602668

FIRMA COORDINADORA	Emile P
NOMBRE:	Emile P.
C.C.	52 [illegible] 0

VoBo EMILY

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 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
2025-08	2025-08	1780014641	9491087581	I	2025/09/15	2025/09/16	NEQUI	1	$413,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS			PARAFISCALES	
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Tarifa	Dias	Exonerado SENA e ICBF
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																														
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																														
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																														
1	CC	1030602668	CONTRERAS JENIFER																	25-14	30	EPS017	30		0	14-11	30	0.522%	0	No
Total	**Afiliados(1)**																													

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 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
2025-08	2025-08	1780014641	9491087581	I	2025/09/15	2025/09/16	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
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	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
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$178,000	$200	$0	$178,200
TOTAL				1	$413,300	$500	$0	$413,800

7:16 ··· Vo LTE 4.5G 38

paga.nequi.com.co/bc 29

¡Yey! La transacción fue pagada con éxito.

Resumen de pago

Descripción de compra
Pago de la Planilla de aportes con clave\ 9491087581

Estado de la solicitud
Transacción aprobada

Tienda
APORTES EN LINEA

Fecha de solicitud
16 de septiembre de 2025

CUS
1780014641

¿Cuánto?
$ 413.800,00

Factura de comercio
9491087581

Tu plata salió de:



Disponible

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

CUENTA DE COBRO No. 8

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 septiembre 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 Rocio 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	SEPTIEMBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION		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%	septiembre	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%	Septiembre	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%	Septiembre	OK		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo el el ultimo viernes de cada mes sus ingesos y egresos ____ durante el mes de Septiembre.	4.1 Formato de ingresos y egresos 6 en el mes septiembre 4.2 Soportes de egreso 4.3 Soportes de ingreso	10%	septiembre	OK		
		5.Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios,Rpp y Blenestarina 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 Blenestarina Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni	10%	Septiembre	OK		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o por documentos faltantes	6.1 Formato de novedades	5%	Septiembre	OK		
		7.Escala cualitativa del desarrollo	7.1.Aplicación de escala. 21 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%	Septiembre	OK		
		8.Microproyectos	8.1. Presentación documento proyecto por UDS,socialización microproyectos 29 de septiembre junto con presentación y Word.	10%	Septiembre	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, "Lenguajes que gestan amor"" 9.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 9.3 Asistencia a reflexión pedagogica y cualificación a talento humano.(5%)	15%	Septiembre	OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Kareth Junco
NOMBRE:	Kareth Jeanneth Junco
C.C.	52932713.

FIRMA COORDINADORA	Emilce Rojas
NOMBRE:	Emilce Rojas
C.C.	52458696

VoBo Emilce

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52932713	KARENTH JEANNETH JUNCO		calle 73 89 a 23	0000000	karenth.12junco@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	
2025-08	2025-08	I	08/09/2025	89143491	$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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	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
CC	52932713	KARENTH JEANNETH JUNCO		calle 73 89 a 23	0000000	karenth.12junco@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ. D. C.	BOGOTÁ. D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-08	I	08/09/2025	89143491	$414.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colombiano	Sustituto	Extranjero	Colomb. exterior	Pensionado	IRG	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	52932713	JUNCO KARENTH JEANNETH	59	0			N																	230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	1	7.500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

20 AÑOS | miplanilla.com
Especialistas en Seguridad Social

Pagos PSE

Resumen de pago

Número de planilla **89143491**	
Identificación del aportante	52932713
Tipo de planilla	I - Planilla de aportes trabajador independiente
Período de liquidación	Agosto 2025
Fecha límite de pago	03/09/2025*
Valor planilla	$414,800
IP	191.88.222.70
Fecha y hora de la transacción	08/09/2025
CUS Código único de transacción	1758657073
Estado de la transacción	**Transacción aprobada**

Salir

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

CUENTA DE COBRO No. 7

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 septiembre 2025**

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

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

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

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

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

Autorizado por:

Emilce Rojas Aguilar
Coordinadora
C.C. 52.278.676

Aprobado por:

Ana Rocio Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Luz Amparo Flórez C.

NOMBRE: LUZ AMPARO FLOREZ CASTRO
C.C. 1.010.201.231
DR. CARRERA 97 C N° 58 A 15
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 CA
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
CTO # 11007062025

PROGRAMA	EIH KENNEDY
NOMBRE	Luz Amparo Florez Castro
CARGO	APOYO PEDAGOGICO
PERIODO y FECHA	SEPTIEMBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION		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%	Septiembre	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 45 encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente.	20%	Septiembre	OK		4 puerperio sin encasa
		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%	septiembre	OK		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo el el ultimo viernes de cada mes sus ingesos y egresos ____ durante el mes de Septiembre.	4.1 Formato de ingresos y egresos 12 en el mes septiembre 4.2 Soportes de egreso 4.3 Soportes de ingreso	10%	septiembre	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%	Septiembre	OK		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o por documentos faltantes	6.1 Formato de novedades	5%	Septiembre	OK		
		7.Escala cualitativa del desarrollo	7.1.Aplicación de escala. 7 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%	Septiembre	OK		
		8.Microproyectos	8.1. Presentación documento proyecto por UDS,socialización microproyectos 29 de septiembre junto con presentación y Word.	10%	Septiembre	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, "Lenguajes que gestan amor"" 9.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 9.3 Asistencia a reflexión pedagogica y cualificación a talento humano.(5%)	15%	Septiembre	OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Luz Amparo Florez
NOMBRE:	Luz Amparo Florez Castro
C.C.	1010261231

FIRMA COORDINADORA	Emilse
NOMBRE:	Emilse
C.C.	52760??

Vo Bo
EMILSE

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1010201231		FLOREZ CASTRO LUZ AMPARO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 97C#58A-15	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3157738151	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-08	90737882	9490737882	I	2025/09/08	2025/09/22	BANCO AV VILLAS	14	$445,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing ret tde tae tdp tap vsp cor vst sln ige lma vac avp vct irl vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$1,423,500		$7,500		$0	$0		$441,800
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$1,423,500		$7,500		$0	$0		$441,800
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$1,423,500		$7,500		$0	$0		$441,800
1	CC	1010201231	FLOREZ LUZ	23030 1	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$178,000	CCF21	30	$1,423,500	$28,500	14-11	30	$1,423,500	0.522%	$7,500	30	$0	$0	No	$441,800
Total	**Afiliados(1)**					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$1,423,500		$7,500		$0	$0		$441,800

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	carrera 97C#58A-15	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3157738151	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-08	90737882	9490737882	I	2025/09/08	2025/09/22	BANCO AV VILLAS	14	$445,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$2,100	$0	$229,900
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$227,800	$2,100	$0	$229,900
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
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$28,500	$300	$0	$28,800
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	1	$28,500	$300	$0	$28,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$1,600	$0	$179,600
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$178,000	$1,600	$0	$179,600
TOTAL				**1**	**$441,800**	**$4,100**	**$0**	**$445,900**

EXITO CALLE 80
COMPRA Y RECOGE TEL 3053669015

176930 *PILA APORTES LINE 445 900
Factura 9490737882
**** SUBTOTAL/TOTAL >>>> $ 445.900
445 000
EFECTIVO

FACTURAS APROBADAS
Fac 9490737882 Apro 006808 BANCO 0052
4 100
CAMBIO

TARIFAS IVA

TARIFA	COMPRA	BASE/IMP	IVA
*00%	445900	445900	0
TOTAL=	445900	445900	0

MAPA 4920 ID 2025092-2092403
Vr POS 266 Motor 7.1 15#247
TOTAL ARTICULOS COMPRADOS - 1
Almacenes Exito S A Nit 890 900 608-9
AUTORRETENEDOR RES 8825 DE 16/NOV/2016
PARA RECLAMOS LLAMAR AL 018000428800
RESPONSABLE DE IVA- GRAN CONTRIBUYENTE

22/SEP/2025 09:24 0086 33 0015 8648

NUT:20250922008600330015
C805R

TIQUETE INFORMATIVO DE VENTA
NUMERO DR: OU204158 445 900
TOTAL TRANSACCION: 445900
Este documento no es Factura de venta.

Escaneado con CamScanner

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

CUENTA DE COBRO No. 8

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 X AHORRO __ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: ($2.417.697) DOS MILLONES CUATROCIENTOS DIECISIETE MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS M/CTE.
PERIODO: **Fase Atención septiembre 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 Avendaño

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

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

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

PROGRAMA	EIH KENNEDY
NOMBRE	Luz Hermnica Cadena
CARGO	APOYO PEDAGOGICO
PERIODO y FECHA	SEPTIEMBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION		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%	septiembre	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 48 encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente.	20%	septiembre	OK		se realizaron 44 encuentros en el hogar ya que hay un niño en hospitalizacion
		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%	septiembre	OK		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo el el ultimo viernes de cada mes sus ingesos y egresos ____ durante el mes de Septiembre.	4.1 Formato de ingresos y egresos 4 en el mes septiembre 4.2 Soportes de egreso 4.3 Soportes de ingreso	10%	septiembre	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%	septiembre	OK		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o por documentos faltantes	6.1 Formato de novedades	5%	septiembre	OK		
		7.Escala cualitativa del desarrollo	7.1 Aplicación de escala. 7 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%	septiembre	OK		
		8.Microproyectos	8.1. Presentación documento proyecto por UDS,socialización microproyectos 29 de septiembre junto con presentación y Word.	10%	septiembre	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, "Lenguajes que gestan amor"" 9.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 9.3 Asistencia a reflexión pedagogica y cualificación a talento humano.(5%)	15%	septiembre	OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Luz Cadena
NOMBRE:	Luz Cadena A
C.C.	1033676702

FIRMA COORDINADORA	Emilce P
NOMBRE:	Emilce Puig
C.C.	52785[illegible]

Lupe
EMV.

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 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
2025-08	2025-08	1000001553	9490453934	I	2025/09/02	2025/09/05	BANCO DE BOGOTA	3	$414,300

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 1033676702	CADENA LUZ	25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,423,500	$7,500	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1033676702		CADENA AVENDAÑO LUZ HERMINDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 45A SUR 24-27	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3024528086	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-08	1000001553	9490453934	I	2025/09/02	2025/09/05	BANCO DE BOGOTA	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
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$178,000	$400	$0	$178,400
TOTAL				1	$413,300	$1,000	$0	$414,300

← Detalle del movimiento

Pago en Seguridad social

Pago en
Aportes En Línea

Número de planilla
9490453934

¿Cuánto?
$ 414.300,00

Fecha
05 de septiembre de 2025 a las 10:40 a. m.

Referencia
M15711241

¿De dónde salió la plata?
Disponible

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

CUENTA DE COBRO No. 8

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 Septiembre 2025**

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

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

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

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

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

Autorizado por:

Emilce Rojas Aguilar
Coordinadora
C.C. 52.278.676

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: MARTHA CECICLIA GARZON
C.C. 51.930.289
DR. CRA 79 a # 5-54 sur, bloque E1, apto 101
Telefono: Tel 3105827277 / marthaceciliag2003@gmail.com

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

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

PROGRAMA	EIH KENNEDY
NOMBRE	
CARGO	APOYO PEDAGOGICO
PERIODO y FECHA	SEPTIEMBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION		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%	SEP 7	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 48 encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente.	20%	SEP 7	OK		J. plan p.
		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%	SEP 7	OK		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo el el ultimo viernes de cada mes sus ingesos y egresos ____ durante el mes de Septiembre.	4.1 Formato de ingresos y egresos 6 en el mes septiembre 4.2 Soportes de egreso 4.3 Soportes de ingreso	10%	SEP 7	OK		6.
		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%	SEP 7	OK		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o por documentos faltantes	6.1 Formato de novedades	5%	SEP 7	OK		
		7.Escala cualitativa del desarrollo	7.1.Aplicación de escala. (6) 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%	SEP 7	OK		6
		8.Microproyectos	8.1. Presentación documento proyecto por UDS,socialización microproyectos 29 de septiembre junto con presentación y Word.	10%	SEP 7	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, "Lenguajes que gestan amor"" 9.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 9.3 Asistencia a reflexión pedagogica y cualificación a talento humano.(5%)	15%	SEP 7	OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Martha C Garzón
NOMBRE:	Martha C Garzon.
C.C.	51930289

FIRMA COORDINADORA	Emile P
NOMBRE:	Emile P
C.C.	52488942

V°B° Emile

compensar | salud eps

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

24 SEP 2025
Cod. 625 Patricia María Morales Rodríguez
SUJETO A VERIFICACIÓN

No. de Radicación

Fecha de Radicación (Día - Mes - Año) 24 09 2025

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de novedades [X]
2. Tipo de afiliación: A. Individual: • Cotizante o cabeza de familia [X] • Beneficiario o afiliado adicional [ ]; B. Colectiva [ ]; C. Institucional [ ]; D. De oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X]; B. Subsidiado [ ]
4. Cotización solidaria: Si [ ] No [ ]
5. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X]; B. Cabeza de familia [ ]; C. Beneficiario [ ]; D. Afiliado adicional [ ]
6. Tipo de cotizante: A. Dependiente [ ]; B. Independiente [X]; C. Pensionado [ ]
7. Código de empresa (uso de la EPS) 59

A. AFILIACIÓN / II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres: Gorzon | Martha | Cecilia
9. Tipo de documento de identidad: CC
10. Número de documento de identidad: 51930289
11. Sexo biológico: Femenino [X] Masculino [ ]
12. Sexo identificación: F [X] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál?
13. Nacionalidad: Colombiana
14. Lugar de nacimiento: Colombia | Cimarca | Bogotá
15. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año) 01-06-1966

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia
17. Comunidad
18. Discapacidad SI [ ] No [ ] Categoría de discapacidad
19. Tiene encuesta SISBEN SI [ ] No [ ]
20. Clasificación SISBEN Nivel [ ] Grupo [ ]
21. Grupo de población especial
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: Sura
23. Administradora de Pensiones: N A
24. Ingreso base de cotización - IBC: 1A23500
25. Tarifa Contribución Solidaria
Lugar de Residencia: Dg 2A Sur 78Q 43
3105827277 marthacel.1.ag2003@gmail.com BTA
BTA
Zona: Cabecera Municipal [X] Centro Poblado [ ] Rural Disperso [ ] Resto Rural [ ]

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

27. Apellidos y nombres
28. Tipo de documento de identidad
29. Número de documento de identidad
30. Sexo biológico: Femenino [ ] Masculino [ ]
31. Sexo identificación: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál?
32. Nacionalidad
33. Lugar de nacimiento
34. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)

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

	35. Apellidos y nombres	35. Tipo de documento de identidad	37. No. del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico: Femenino	39. Sexo biológico: Masculino	40. Sexo identificación: F	M	T	NB	Otro	Cuál?	41. Lugar de nacimiento: País	Departamento	Municipio	42. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
B1																
B2																
B3																
B4																
B5																

Datos complementarios del Beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBEN: SI	NO	48. Clasificación SISBEN: Nivel	Grupo	49. Discapacidad: SI	NO	Categoría de discapacidad	50. Incapacidad permanente: SI	NO
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

	51. Datos de residencia: Departamento	Municipio/ Distrito	Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural disperso	Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a cargo de la EPS)
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

FOR-EPS-AFI-002 V002

Vigilado Supersalud

Vigilado Supersubsidio

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	54. Código de la IPS la registrar por la EPS
51	Kennedy II	1016
52		
53		
54		
55		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razón social		
56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones la registrar por la EPS)
59. Ubicación		

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- ☐ 3. Actualización del documento de identificación.
- ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código ☐
- ☐ 6. Reporte de pago a través de un tercero. Código ☐
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☑ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
- ☐ 11. Inscripción EPS retorno al país.
- ☐ 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 14. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ 15. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen
- ☐ 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.
- ☐ 17. Reporte del trámite de protección al cesante.
- ☐ 18. Reporte de la calidad de Pre- pensionado.
- ☐ 19. Reporte de la calidad de Pensionado.
- ☐ 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
- ☐ 21. Retiro de Contribución Solidaria.

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación			
Tipo de documento de identidad ☐	10. Número de documento de identidad	62. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☐	63. Sexo identificación F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál?
64. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)	65. EPS anterior		
66. Fecha de novedad (Día - Mes - Año)	67. Motivo de traslado Cod. ☐	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☐ 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- ☐ 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- ☐ 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios.
- ☐ 72. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- ☐ 73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- ☑ 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- ☑ 75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- ☑ 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o el celular como mensajes de texto.
- ☑ 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
- ☑ 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Apellidos y nombres			
Tipo de documento de identidad ☐	Número de documento de identidad		

IX. FIRMAS

Martha Garcia	
80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando solicite o afiliado adicional	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

X. ANEXOS

- ☐ 82. Anexo copia del documento de identidad: CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☑ PA ☐ CE ☐ CD ☐ SC ☐ PT ☐
  Cantidad de documentos de identidad anexos: ☐
- ☐ 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- ☐ 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- ☐ 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- ☐ 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- ☐ 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- ☐ 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016.
- ☐ 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consta la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

Total Anexos ☐

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial	Código del municipio ☐	Código del departamento ☐	93. Nombre de la Institución

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres			
Tipo de documento de identidad ☐	Número de documento de identidad	95. Firma del funcionario	

96. Fecha de ratificación (Día - Mes - Año)	97. Fecha de validación (Día - Mes - Año)
24092025	

OBSERVACIONES:
CC 1930289
Apoo 12 SEP 2025 pago 08 2025

24 SEP 2025
Cod. 625 Patricia Maria Manotas Rodriguez
SUJETO A VERIFICACIÓN

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario

CUESTIONARIO 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

compensar | salud eps

	SI	NO
¿ Previo 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 la 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 recibir la Carta de Derechos y Deberes y la Carta de Desempeño por medio electrónico?		

SI: ☐ Correo electrónico: _____ NO: ☐ Me comprometo a consultar en www.compensar/salud

Como cotizante y representante de mi grupo familiar, hago constar mediante mi firma que compartiré la presente carta de derechos y deberes y carta de desempeño de la EPS con mis beneficiarios.

Firma del afiliado: Martha Garcia

No. Identificación: 51930 289

FIRMA A RUEGO (Diligenciar exclusivamente cuando el cotizante no pueda firmar)

A ruego de (la) señor (a) _____ con C.C. No. _____ lo hace en su nombre, el (la) señor(a) _____ con C.C. No. _____ mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que se está entregando, quien además actúa como testigo, certificando que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al (la) señor(a) _____

Firma a Ruego: _____

Nombres y apellidos: _____

Identificación: _____

Edad: _____

Dirección de domicilio: _____

Nombres y apellidos de quien no sabe firmar: _____

Identificación: 24 SEP 2025 Cód. 625 Patricia María Moreno Rodríguez

Huella

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo de manera voluntaria, explícita e inequívoca, previamente informada a la caja de compensación familiar Compensar y sus unidades de servicio (en adelante Compensar), de acuerdo a lo establecido en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y el Decreto Reglamentario 1377 de 2013, para tratar mi información personal, como datos biográficos y biométricos de acuerdo con lo establecido en el Manual de protección de Datos Personales de Compensar, disponible en: https://corporativo.compensar.com/proteccion-de-datos.

Estos datos serán utilizados en el desarrollo de las funciones propias de Compensar, con el fin de: Dar cumplimiento a obligaciones contraídas conmigo y mi grupo familiar. Atender a requerimientos legales y de organismos de control. Transmitir mis datos a las administradoras del Sistema General de Protección Social para la actualización de mi afiliación, traslados y novedades en el Sistema o para el reconocimiento de los diferentes subsidios según aplique por ley. Consultar mis datos en centrales de información financiera y operadores de información. Validar mi identidad a través de mecanismos de autenticación electrónica. Registrar mi información en la base de datos del Operador de información Compensar - miplanilla. Registrarme en los programas de orientación, capacitación laboral y de emprendimiento siempre que sea de mi interés. Realizar análisis estadístico sobre hábitos de consumo para evaluar la calidad y mejorar los productos y servicios. Compartir mis datos con las entidades con las que Compensar tenga convenios, acuerdos comerciales o relación contractual como proveedor, siempre que se cuente con cláusulas de transferencia de datos. Realizar gestión de crédito, cartera, cobranza u otras acciones a nombre de Compensar, de manera interna o a través de terceros, a los cuales sería transmitida mi información en caso de ser necesario. Consultar los datos personales recolectados por los circuitos cerrados de televisión de Compensar, con la finalidad de garantizar la seguridad de las personas y los bienes, como evidencia en procesos disciplinarios o respuesta a solicitudes de los entes de control sobre actividades desarrolladas al interior de nuestras instalaciones.

Así mismo, autorizo a Compensar a enviar información comercial, publicitaria o promocional sobre servicios, nuevas alianzas o convenios, eventos o promociones, con el fin de impulsar, invitar, dirigir, ejecutar, informar y de manera general, llevar a cabo campañas, estrategias de marketing, promociones o concursos y todas aquellas actividades asociadas a los servicios de Compensar. Entiendo que compensar realiza el envío de información y la gestión de cobranzas a través de visitas, correo físico, correo electrónico, teléfono celular, mensajes de texto o por medio de aplicaciones de mensajería instantánea, lo cual puedo revocar en cualquier momento.

En concordancia con lo establecido en el artículo 7 de la Ley Estatutaria 1581 de 2012, Compensar se compromete a tratar los datos de niños, niñas y adolescentes, respetando sus derechos prevalentes y en función de los servicios propios de Compensar.

Entiendo que Compensar tratará mis datos dando cumplimiento a los principios de legalidad, finalidad, libertad, veracidad o calidad, transparencia, acceso y circulación restringida, confidencialidad y seguridad, señalados en el artículo 4 de la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y que en cualquier momento podré ejercer mi derecho a conocer, actualizar, rectificar o suprimir mi información, siempre que no tenga un deber legal o contractual de permanecer en la base de datos. Mis derechos como titular de la información sobre la cual Compensar realiza el tratamiento, los podré ejercer de acuerdo a lo definido en el Manual de Protección de Datos, radicando una solicitud o reclamo a través de la página web en el enlace https://corporativo.compensar.com/le-escuchamos o por escrito en la dirección Avenida 68 # 49A – 47, ventanilla de correspondencia.

SI ☐ NO ☐

Firma del afiliado: Martha Garcia **No. Identificación:** 51930 289

Vigilado Supersalud

Vigilado Supersubsidio

FOR-EPSVTA-0002 V002

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

CUENTA DE COBRO No. 9

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 SEPTIEMBRE 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	SCONER CHAVES
CARGO	APOYO PEDAGOGICO
PERIODO y FECHA	SEPTIEMBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION		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%	SEPTIEMBRE	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 47 encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente.	20%	SEPTIEMBRE	OK		NO SE REALIZAN 3 POR PERIODO PUERPERIO
		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%	SEPTIEMBRE	OK		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo el el ultimo viernes de cada mes sus ingesos y egresos ____ durante el mes de Septiembre.	4.1 Formato de ingresos y egresos 6 en el mes septiembre 4.2 Soportes de egreso 4.3 Soportes de ingreso	10%	SEPTIEMBRE	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%	SEPTIEMBRE	OK		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o por documentos faltantes	6.1 Formato de novedades	5%	SEPTIEMBRE	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%	SEPTIEMBRE	OK		8.
		8.Microproyectos	8.1. Presentación documento proyecto por UDS,socialización microproyectos 29 de septiembre junto con presentación y Word.	10%	SEPTIEMBRE	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, "Lenguajes que gestan amor"" 9.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 9.3 Asistencia a reflexión pedagogica y cualificación a talento humano.(5%)	15%	SEPTIEMBRE	OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	SCONER CHAVES
NOMBRE:	SCONER CHAVES
C.C.	52 847 653

FIRMA COORDINADORA	Emilse R.
NOMBRE:	Emilse R.
C.C.	52 [illegible] 656

VoBo EMILSE

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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-08	I	11/09/2025	89791794	$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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	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

3:21

Pago PSE CERRAR

Resumen de pago

Descripción de compra
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Estado de la solicitud
Transacción aprobada

Tienda
COMPENSAR-OI

Fecha de solicitud
11 de septiembre de 2025

CUS
1769954695

¿Cuánto?
$ 413.300,00

Factura de comercio
89791794

Tu plata salió de:

 Disponible

Listo

Imprimir

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

CUENTA DE COBRO No. 8

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
APC2025-EIH-CON056

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

CONCEPTO: Apoyo pedagógico – EIH Kennedy Gestando Futuro Gran Britalia contrato N. 11007062025. 50 cupos.

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

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

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($2'417.697) DOS MILLONES CUATROCIENTOS DIEZ Y SIETE MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS M/CTE. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Emilce Rojas Aguilar
Coordinadora
C.C. 52.278.676

Aprobado por:

Ana Rocio Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

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	Juliana Mercado
CARGO	APOYO PEDAGOGICO
PERIODO y FECHA	SEPTIEMBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION		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%	septiembre	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%	Septiembre	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%	Septiembre	OK		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo el el ultimo viernes de cada mes sus ingesos y egresos ____ durante el mes de Septiembre.	4.1 Formato de ingresos y egresos 6 en el mes septiembre 4.2 Soportes de egreso 4.3 Soportes de ingreso	10%	Septiembre	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%	Septiembre	OK		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o por documentos faltantes	6.1 Formato de novedades	5%	Septiembre	OK		
		7.Escala cualitativa del desarrollo	7.1.Aplicación de escala. 4 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%	Septiembre	OK		
		8.Microproyectos	8.1. Presentación documento proyecto por UDS,socialización microproyectos 29 de septiembre junto con presentación y Word.	10%	Septiembre	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, "Lenguajes que gestan amor"" 9.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 9.3 Asistencia a reflexión pedagogica y cualificación a talento humano.(5%)	15%	Septiembre	OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	Juliana Mercado
C.C.	1037557764

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Emilse Pc13
C.C.	52786913

VoBo

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 1031151214		MENDOZA CIPAGAUTA YULIANA MARLEIDY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Tv77h71a56sur	BOAVITA-BOYACA	5725990	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-08	1760653708	9490513927	I	2025/09/03	2025/09/08	NEQUI	5	$414,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$800	$0	$228,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$227,800	$800	$0	$228,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,500	$100	$0	$7,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$7,500	$100	$0	$7,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$600	$0	$178,600
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$178,000	$600	$0	$178,600
TOTAL				**1**	**$413,300**	**$1,500**	**$0**	**$414,800**

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 1031151214		MENDOZA CIPAGAUTA YULIANA MARLEIDY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Tv77h71a56sur	BOAVITA-BOYACA	5725990	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-08	1760653708	9490513927	I	2025/09/03	2025/09/08	NEQUI	5	$414,800

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: 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	$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

2025/09/08 07:26 AM

aportes en línea

Pagos aportes en línea

Módulo de pagos electrónicos

Pago electrónico

El pago electrónico de su autoliquidación se ha realizado exitosamente

Resumen del pago electrónico



Dirección IP:	191.95.52.51
Estado de la transacción:	APROBADA
Clave planilla:	9490513927
Valor:	414,800
Período de pago:	2025-08
No Transacción (CUS):	1760653708
Fecha:	2025/09/08
Banco:	NEQUI
Descripción :	Pago de la planilla de aportes con clave: 9490513927
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.

Copyright © 2025 Aportes en Línea. Todos los derechos reservados.

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

CUENTA DE COBRO No. 9

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 Septiembre 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	SEPTIEMBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	9	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 ____38___ de la UDS delegada 1.2 Cargue de Talento Humano Nuevo __ 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%	sept	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%	sept	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 vínculados a la UDS._38__ 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%	sept	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%	sept	OK		
		5. Inventarios 2025	5.1. Inventario APC(Inventario entregado por ICBF)	5%	sept	OK		
		6. F8,INFORME FINAL	6.1 F8 CONTRACTUAL parte .4 obligaciones contractuales registro y	10%		OK		
				100%				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	Carlos Lugo Gomez
C.C.	

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	
C.C.	

Vbo EAMU.

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	
2025-09	2025-09	I	01/10/2025	90252186	$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

Nequi

Resumen de pago

Descripción de compra
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Tienda
COMPENSAR-OI

Estado de la transacción
Transacción éxitosa

Fecha de la transacción
1 de octubre de 2025 a las 6:58 a. m.

CUS
1816461411

Referencia Nequi
00099

¿Cuánto?
$ 413.300,00

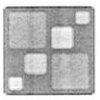
Valor de los impuestos
$ 0,00

Número de referencia 2
CC

Número de referencia 3
1023963411

Factura de comercio
90252186

Tu plata salió de:

 Disponible

DAVIVIENDA

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

martes 30 de septiembre de 2025

Comprobante de Transferencia

La transacción ha sido realizada con éxito

Datos de la transferencia	
Fecha de proceso:	30/09/2025
Hora de proceso:	14:05
Origen de los Fondos	
Nombre Empresa:	ASOCIACION PROFESIONALES DE CO LOMBIA
Tipo de producto origen:	Cuenta de Ahorros
Número de producto origen:	XXXXXXXXXXXX1541
Destino de los Fondos	
Tipo de producto destino:	Cuenta de Ahorros
Número de producto destino:	XXXXXXXXXXXX6671
Detalle de la transferencia:	NOMINA PERIODISTA SEPTIE
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:	473934228
Fecha y Hora de Pago:	30/09/2025 14:26

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 Agosto 2025 Fase De Atencion

PROVEEDOR	TIPO DE IDENTIFICACION	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN PROVEEDOR	CARGO	SOPORTE	DESCRIPCION SOPORTE	COMPROBANTE DE EGRESO	RUBRO	VALOR TOTAL EJECUTADO	RETE ICA 9,66%	VALOR TOTAL PAGADO
Joselito Rodriguez Galeano	Cc	1.116.916.542	Coordinador	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 3.785.260	$ 36.566	$ 3.748.694
Ana Jazmin Becerra Gallo	Cc	52.931.661	Agente Educativa Perfil 1	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.670.988	$ 25.802	$ 2.645.186
Angela Liliana Caro Pulido	Cc	52.750.469	Agente Educativa Perfil 1	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.670.988	$ 25.802	$ 2.645.186
Angie Tatiana Cantor Sequeda	Cc	1.024.565.233	Agente Educativo Perfil 1	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.670.988	$ 25.802	$ 2.645.186
Leydy Viviana Penagos Torres	Cc	1.012.412.751	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
Sandra Yomar Jimenez Gomez	Cc	52.826.303	Auxiliar Administrativo	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.820.246	$ 27.244	$ 2.793.002
TOTAL								$ 47.821.568	$ 461.956	$ 47.359.612

PRESUPUESTO	$ -
DIFERENCIA	-$ 47.821.568

Ciudad: BOGOTÁ D.C Mes: SEPTIEMBRE 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 PERIODISTAS-CON078

NOMBRE: JOSELITO RODRIGUEZ GALEANO
CEDULA: 1.116.916.542
CUENTA BANCARIA: 3214862534 BANCO: DAVIVIENDA AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: ($3.785.260) TRES MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS SESENTA PESOS M/CTE
PERIODO: **Fase Atención Septiembre 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: ($3.785.260) TRES MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS SESENTA PESOS M/CTE. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Eliana Andrea Moreno Vargas
Coordinadora
C.C. 52.357.450

Aprobado por:

Ana Roció 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	SEPTIEMBRE

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%	sept.	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%	sept.	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%	sept.	ok.		
		4. Novedades de Ingresos y egresos Durante el mes de SEPTIEMBRE	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%	sept.	ok.		
	8	5,. Monitorear el cumplimiento Cuentame al 100% Mensual **Nota aclaratoria:** No se puede egresar participantes de Julio 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%	sept.	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%	sept.	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%	sept.	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%	sept.	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%	sept.	ok.		
		10. Acta Reflexión pedagogica	10.1 Planeacion 10.2 Acta 10.3 Registro fotografico	5%	sept.	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%	sept.			
		12. Comité Técnico Operativo correspondiente al mes de agosto 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 04/09/2025 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%	Sept.	ok.		
				TOTAL	100%			

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	Joselito Rodriguez Galeano
C.C.	1116916548

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Eliana Mena. Eliana Mena V.
C.C.	52.357.280

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
2025-08	2025-08	1766979906	9490777747	I	2025/09/09	2025/09/10	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
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$178,000	$200	$0	$178,200
TOTAL				1	$413,300	$500	$0	$413,800

							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	$
																					$ 227.800						$ 178.000	

12:19 73%

PSE - Transacción Aprobada

CUS 1766979906 Recibidos

serviciops... 12:12 p. m.

para mí

pse

¡Hola, Joselito Rodríguez Galeano !

Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: $ 413.800
Empresa: APORTES EN LINEA
Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9490777747
Fecha de la transacción: 10/09/2025
CUS: 1766979906
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:

Responder Reenviar

99+

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

CUENTA DE COBRO No. 8

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 Septiembre 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:

Joselito Rodríguez Galeano
Coordinador
C.C. 1116916542

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

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.

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

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION		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%	Sept.	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%	Sept.	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	5%	Sept.	ok		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo el el ultimo viernes de cada mes sus ingesos y egresos ____ durante el mes de Septiembre.	4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes septiembre 4.2 Soportes de egreso 4.3 Soportes de ingreso	10%	Sept.	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	10%	Sept.	ok		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, erina o por documentos faltantes	6.1 Formato de novedades	5%	Sept.	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%	Sept.	ok		
		8.Microproyectos	8.1. Presentación documento proyecto por UDS,socialización microproyectos 29 de septiembre junto con presentación y Word.	10%	Sept.	ok		
		9. Generar espacios y ambientes enrriquecidos que faliciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	"LENGUAJES QUE GESTAN AMOR" 9.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 9.3 Asistencia a reflexión pedagogica y cualificación a talento humano.(5%)	15%	Sept.	ok		
			TOTAL	100%				

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

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

Vobo EPMM

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: 3133583358
Correo: jaz_misita27@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8389217661

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	8389217661
Fecha pago	2025-09-11
Número de autorización pago	25152714
Banco	1023

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

PAGADA 8389217661

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

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

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.137.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9604913554 DV: 610478
Cliente:113237 PLANILLAS AVAL Aportes en Linea Arus Compensar Asopagos Simple Mi Plan
Fecha: 11/09/2025 15:27:15
PAP: 917921
Nombre: aaa
Apellido 1: aaa
NUM PLANILLA: 8389217661
TIPO DE IDENTIFICACION: CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO IDENTIFICACION: 52931661
PERIODO: 202508
Referencia: 8389217661Valor: $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

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

CUENTA DE COBRO No. 8

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 Septiembre 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:

Joselito Rodríguez Galeano
Coordinador
C.C.1.116.916.542

Aprobado por:

Ana Rocio 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	SEPTIEMBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	8	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%	sep.-25			
		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%	sep.-25			
		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 Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (50 carpetas)	5%	sep.-25			
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo el el ultimo viernes de cada mes sus ingesos y egresos 6 durante el mes de Septiembre.	4.1 Formato de ingresos y egresos 6 en el mes septiembre 4.2 Soportes de egreso 4.3 Soportes de ingreso	10%	sep.-25			
		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%	sep.-25			
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o por documentos faltantes	6.1 Formato de novedades	5%	sep.-25			
		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%	sep.-25			
		8.Microproyectos	8.1. Presentación documento proyecto por UDS,socialización microproyectos 29 de septiembre junto con presentación y Word.	10%	sep.-25			
		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, "LENGUAJES QUE GESTAN AMOR" 9.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 9.3 Asistencia a reflexión pedagogica y cualificación a talento humano.(5%)	15%	sep.-25			
			TOTAL	100%				

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

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Joselito Rodriguez G.
C.C.	11691658

VB° @MMO.

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
2025-08	2025-08	1763890997	9491067078	I	2025/09/15	2025/09/09	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

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
2025-08	2025-08	1763890997	9491067078	I	2025/09/15	2025/09/09	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

PSE - Transacción Aprobada CUS 1763890997

1 mensaje

<serviciopse@achcolombia.com.co> mar, 9 de sept de 2025 a la hora 10:25 a. m.
Para: ANGELKARITO3350@gmail.com

¡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: 9491067078

Fecha de la transacción: 09/09/2025

CUS: 1763890997

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.

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

CUENTA DE COBRO No. 8

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 Septiembre 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:

Joselito Rodríguez Galeano
Coordinador
C.C. 1.116.916.542

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 Canto'
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	SEPTIEMBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION		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%	Sept.	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%	Sept.	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%	Sept.	ok		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo el el ultimo viernes de cada mes sus ingesos y egresos ____ durante el mes de Septiembre.	4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes septiembre 4.2 Soportes de egreso 4.3 Soportes de ingreso	10%	Sept.	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%	Sept.	ok		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o por documentos faltantes	6.1 Formato de novedades	5%	Sept.	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%	Sept.	ok		
		8.Microproyectos	8.1. Presentación documento proyecto por UDS,socialización microproyectos 29 de septiembre junto con presentación y Word.	10%	Sept.	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, "LENGUAJES QUE GESTAN AMOR" 9.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 9.3 Asistencia a reflexión pedagogica y cualificación a talento humano.(5%)	15%	Sept.	ok		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Angie Canto'
NOMBRE:	Angie Canto'
C.C.	1074565233

FIRMA COORDINADORA	[illegible]
NOMBRE:	Joselito Rodriguez
C.C.	1116916542

Vo Bo Apoyo.

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	2025-09-04, 07:59:44 PM en horario extendido
Periodo de Cotización Otros Riesgos	agosto de 2025
Periodo de Cotización Para Salud	agosto de 2025
Empresa	ANGIE CANTOR
CEDULA CIUDADANIA	CC 1024565233
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1075421567
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1753675553
Banco	(1507) - NEQUI
Valor	$ 421.900
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	172.29.10.57

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N800229739	230201	PROTECCION	1	$ 227.800	$ 0
N830003564	EPS017	FAMISANAR	1	$ 178.000	$ 0
N890903790	14-11	ARL SURA	1	$ 7.500	$ 0
N860013570	CCF21	CAFAM	1	$ 8.600	$ 0

SubTotales:	$ 421.900	$ 0
Total a Pagar:		$ 421.900

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 608 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!

Nequi

Resumen de pago

Descripción de compra
Pago de Seguridad Social

Estado de la solicitud
Transacción aprobada

Tienda
SIMPLE OI

Fecha de solicitud
4 de septiembre de 2025

CUS
1753675553

Referencia Nequi
M18445803

¿Cuánto?
$ 421.900,00

Valor de los impuestos
$0,00

Número de referencia 1
172.29.10.57

Número de referencia 2
CC

Número de referencia 3
1024565233

Factura de comercio
1075421567

Tu plata salió de:

 Disponible

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

CUENTA DE COBRO No. 03

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
APC2025-EIH PERIODISTAS-CON080

NOMBRE: LEYDY VIVIANA PENAGOS TORRES
CEDULA: 1.012.412.751
CUENTA BANCARIA: 3212273976 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 Septiembre 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:

Joselito Rodríguez Galeano
Coordinado
C.C. 1.116.916.542

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Leydy Penagos.

NOMBRE: LEYDY VIVIANA PENAGOS TORRES
C.C. 1.012.412.751
DR. CARRERA 87 K BIS # 70 – 31 SUR BOSA EL RECUERDO
Teléfono: 3212273976 / leydymari0305@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	Leydy Viviana Renagos Torres.
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	SEPTIEMBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION		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%	Sept.	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%	Sept.	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%	Sept.	ok		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo el el ultimo viernes de cada mes sus ingesos y egresos ____ durante el mes de Septiembre.	4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes septiembre 4.2 Soportes de egreso 4.3 Soportes de ingreso	10%	Sept.	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%	Sept.	ok		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o por documentos faltantes	6.1 Formato de novedades	5%	Sept.	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%	Sept.	ok		
		8.Microproyectos	8.1. Presentación documento proyecto por UDS,socialización microproyectos 29 de septiembre junto con presentación y Word.	10%	Sept.	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, "LENGUAJES QUE GESTAN AMOR" 9.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 9.3 Asistencia a reflexión pedagogica y cualificación a talento humano.(5%)	15%	Sept.	ok		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Leydy Renagos.
NOMBRE:	Leydy Viviana Renagos T.
C.C.	1012412751.

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Joselito Rodriguez B.
C.C.	11691654

V°B° CAMO.

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1012412751		PENAGOS LEYDY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 87K Bis # 70-31 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3212273976	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-08	1000000601	9490906656	I	2025/09/11	2025/09/09	BANCO DE BOGOTA	0	$413,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,423,500	$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	1012412751	PENAGOS LEYDY																		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	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 1012412751		PENAGOS LEYDY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 87K Bis # 70-31 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3212273976	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-08	1000000601	9490906656	I	2025/09/11	2025/09/09	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**

Banco de Bogotá

Comprobante
Pago de servicio

ID PDV: 151606
Fecha: 2025/09/08 15:55:55

Convenio: PLANILLA AS APORTES EN LINEA (Planilla Asistida Aportes en Linea)
Codigo de convenio: 1506
Referencia de pago: 9490906656
Núm apro/recibo: 291137
Trx: 2165067769
Terminal Aval: **7915**
Valor: $413.300,00
Estado: Exitosa

El costo de esta transacción es $0
Línea de atención al cliente: Bogotá 3330303
Nacional 018000 912345
La transacción es realizada por la plataforma
El pago de convenios es efectuado por
Banco de Bogota

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

CUENTA DE COBRO No. 8

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 AHORROS _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: ($2.670.988) DOS MILLONES SEISCIENTOS SETENTA MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS M/CTE.
PERIODO: **Fase Atención septiembre 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:

Joselito Rodriguez Galeano
Coordinador
C.C. 1.116.916.542

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

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 YACKELIN PINZON SALCEDO
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	SEPTIEMBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	8	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%	Sept.	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%	Sept.	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%	Sept.	OK		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo el el ultimo viernes de cada mes sus ingesos y egresos ____ durante el mes de Septiembre.	4.1 Formato de Ingresos y egresos _____ en el mes septiembre 4.2 Soportes de egreso 4.3 Soportes de Ingreso	10%	Sept.	OK		
		5.Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios,Rpp y Blenestarina 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 Blenestarina Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni enmendaduras	10%	Sept.	OK		
		6. Entrega del Formato de novedades por Inasistencia, gripa, o por documentos faltantes	6.1 Formato de novedades	5%	Sept.	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%	Sept.	OK		
		8.Microproyectos	8.1. Presentación documento proyecto por UDS,socialización microproyectos 29 de septiembre junto con presentación y Word.	10%	Sept.	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, "LENGUAJES QUE GESTAN AMOR" 9.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 9.3 Asistencia a reflexión pedagogica y cualificación a talento humano.(5%)	15%	Sept.	OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Sandra Y. Pinzón Salcedo
NOMBRE:	Sandra Yackelin Pinzon Salcedo
C.C.	1.030549.541

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

VOBO EAMO

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	SANDRA YACKELIN PINZON SALCEDO
IDENTIFICACIÓN:	CC-1030549541
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-09-21
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-09-19
FECHA DE PAGO:	2025-09-19
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERÍODO PENSIÓN:	2025-08
PERÍODO SALUD:	2025-08
NÚMERO PLANILLA:	8638069672
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8630561058
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	$ 1.423.500	$ 0	$ 0	$ 1.200	$ 178.000	$ 179.200
231001	800227940	COLFONDOS	1	$ 1.423.500	$ 0	$ 0	$ 1.500	$ 227.800	$ 229.300
14-11	890903790	ARL SURA	1	$ 1.423.500	$ 0	$ 0	$ 100	$ 7.500	$ 7.600
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 2.800	$ 413.300	$ 416.100

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	09/10/2025

Banco de Occidente

Punto de pago

RECIBO DE PAGO

Fecha de pago: 19/09/2025 Hora: 11:44:10

Id Comercio: 20208 No. Terminal: 10717

Id Trx: 93956646 Id Aut: 745571

Comercio: PDP - KIOSCO-OLIMPICA PLAZA AMERICAS

Dirección: TRVA 64A 26 50

RECAUDO DE FACTURAS

TRANSACCIÓN EXITOSA

Convenio: PLANILLA ASISTIDA ASOPAGOS

Código convenio: 1139

Referencia de pago: 8630561058

Valor: $416.100.0

ORIGINAL

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

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

CUENTA DE COBRO No. 7

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 Septiembre 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:
_____
Joselito Rodríguez Galeano
Coordinadora
CC. 1116916542

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	SEPTIEMBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION		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%	Sept.	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%	Sept.	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%	Sept.	ok		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo el el ultimo viernes de cada mes sus ingesos y egresos ____ durante el mes de Septiembre.	4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes septiembre 4.2 Soportes de egreso 4.3 Soportes de ingreso	10%	Sept.	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%	Sept.	ok		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o por documentos faltantes	6.1 Formato de novedades	5%	Sept.	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%	Sept.	ok		
		8.Microproyectos	8.1. Presentación documento proyecto por UDS,socialización microproyectos 29 de septiembre junto con presentación y Word.	10%	Sept.	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, "LENGUAJES QUE GESTAN AMOR" 9.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 9.3 Asistencia a reflexión pedagogica y cualificación a talento humano.(5%)	15%	Sept.	ok		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Yamile Moreno
NOMBRE:	
C.C.	52 83 1 344

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

VoBo emw

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	2025-09-12, 07:25:48 PM en horario extendido
Periodo de Cotización Otros Riesgos	agosto de 2025
Periodo de Cotización Para Salud	agosto de 2025
Empresa	YAMILE COSTANZA MORENO MENDOZA
CEDULA CIUDADANIA	CC 52831344
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	80460607
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1772848485
Banco	(1507) - NEQUI
Valor	$ 425.400
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	172.29.10.57

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mor
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	$ 227.800	$ 800
N860066942	EPS008	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	1	$ 178.000	$ 600
N890903790	14-11	ARL SURA	1	$ 7.500	$ 100
N860013570	CCF21	CAFAM	1	$ 28.500	$ 100
			SubTotales:	$ 441.800	$ 1.600
			Total a Pagar:		$ 443.400

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 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

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-09-12, 07:54:37 p. m. **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 80460607

Periodo Cotización 202508 **Periodo Servicio** 202508

PAGADA 2025-09-12 19:26:33.0 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	YAMILE COSTANZA MORENO MENDOZA				
Documento	CC 52831344	**Dirección**	CR 17 SUR #66 - 62		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3153110665		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 52831344		**Residente**		**Exonerado**	**N**	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	57	00					MORENO MENDOZA YAMILE CONSTANZA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

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

Novedades																								Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud							Riesgos						Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF					Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
C															0	30	30	30	30					25-14		16 %	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	EPS008		12.5 %	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	14-11	1	0.522 %	$ 1.423.500	$ 7.500	CCF21	2 %	$ 1.423.500	$ 28.500	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	COMPENSAR EPS	ARL SURA	CAFAM	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 178.000	$ 7.500	$ 28.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 441.800

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

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

CUENTA DE COBRO No. 8

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 septiembre 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:

Joselito Rodríguez Galeano
Coordinador
C.C. 1.116.916.542

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.

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

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

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION		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%	Sept.			
		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 Septiembre unificada por las 3 UDS. 2.3. Gestionar espacio para el foro.	10%	Sept.			
		3. Validación criterios de focalizacion junto con el documento de identidad, de los 23 nuevos ingresos del mes de septiembre.	3.1 Formato Visita Criterios de Focalización 16 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 7 , a los cuales no aplica visita. Se carga la totalidad de Criterios de Focalización de 23 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%	Sept.			
		4. Realizacion procesos de caracterización, de ___ ingresos para agosto de las Unidades delegadas en el territorio.	4.1 Registro de Nuevos participantes, en el formato (f23.mo12.pp_formato_ficha_de_caracterizacion_para_los_servicios_de_atencion_a_la_primera_infancia_v2).	15%	Sept.			
		5.Formación a familias Temas: corresponsabilidad, pautas de crianza, escala valoración cualitativa.	5.1planeaciones 5.2 Acta con firmas.	10%	Sept.			
		6. Procesos de Formación y cualificación al Talento Humano de acuerdo con el tema del Plan de Formacion al TH Temas: corresponsabilidad	6.1 Acta, Registro fotografico y Firmas 6.2 Asistencia a reflexión pedagogica y cualificación a talento humano.(5%)	10%	Sept.			
		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	5%	Sept.			
		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%	Sept.			
		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%	Sept.			
		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%	Sept.			
		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%	Sept.			
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA			FIRMA COORDINADORA
NOMBRE:	DIANA KATHERIN CONDE VALENCIA		NOMBRE: Joselito Rodriguez G.
C.C.	1.030661794		C.C. 1116916542

VoBo EMMV
Pendiente

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
2025-08	2025-08	1000000302	9491395453	I	2025/09/22	2025/09/22	BANCO DE BOGOTA	0	$420,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$14,900		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$14,900		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$14,900		$0	$0
1	CC 1030661794	CONDE DIANA	230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,423,500	$14,900	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$14,900		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-08	1000000302	9491395453	I	2025/09/22	2025/09/22	BANCO DE BOGOTA	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

2025/09/22 11:13 AM

Planilla asistida

¡Tu pago fue exitoso!

Número de autorización: 009225

Fecha y hora: 22/09/25 - 08:56

Planilla As Aportes En Linea

No. de planilla 9491395453

Valor	$ 420.700 ,00
Costo de la transacción	Gratis

PAGADO

El pago se realizó desde:

Cuenta de Ahorros

Ciudad: BOGOTÁ D.C Mes: SEPTIEMBRE 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- CON079

NOMBRE: CLAUDIA MARCELA ANGARITA BASTILLA
CEDULA: 53.075.806
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 SEPTIEMBRE 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:

Joselito Rodríguez Galeano
Coordinador
C.C. 1.116.916.542

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Marcela Angarita

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	Marcela Angarita
CARGO	PSICOSOCIAL
PERIODO y FECHA	SEPTIEMBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION		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%	Sept.			
		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 Septiembre unificada por las 3 UDS. 2.3. Gestionar espacio para el foro.	10%	Sept.			
		3. Validación criterios de focalizacion junto con el documento de identidad, de los nuevos ingresos, septiembre	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	15%	Sept.			
		4. Realizacion procesos de caracterización, de ___ ingresos para agosto de las Unidades delegadas en el territorio.	4.1 Registro de Nuevos participantes, en el formato (f23.mo12.pp_formato_ficha_de_caracterizacion_para_los_servicios_de_atencion_a_la_primera_infancia_v2).	15%				
		5.Formación a familias Temas: corresponsabilidad, pautas de crianza, escala valoración cualitativa.	5.1planeaciones 5.2 Acta con firmas.	10%				
		6. Procesos de Formación y cualificación al Talento Humano de acuerdo con el tema del Plan de Formacion al TH Temas: corresponsabilidad	6.1 Acta, Registro fotografico y Firmas 6.2 Asistencia a reflexión pedagogica y cualificación a talento humano.(5%)	10%				
		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	5%				
		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 segùn sea el caso	9.1 Formatos de seguimientos,remisiones. 9.2 Matriz de seguimiento a casos., Priorizados y remitidos (Formato APC),	5%	Sept.			
		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%	Sept.			
		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%	Sept.			
		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%	Sept.			
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Marcela Angarita
NOMBRE:	
C.C.	53 075 806

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Ostilio Rodriguez
C.C.	7176976542

VoBo EMN

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 53075806		ANGARITA BASTILLA CLAUDIA MARCELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 31 # 15 - 19	BOGOTA-BOGOTA D.E.	9046193	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-08	1719597589	9490430809	I	2025/09/02	2025/08/22	BANCO DAVIVIENDA	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
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$413,300	$0	$0	$413,300

2025/08/22 12:17 PM

Gmail marcela angarita <cmarcelaangaritab@gmail.com>

PSE - Transacción Aprobada ☑ CUS 1719597589

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co> 22 de agosto de 2025, 12:20 p.m.
Para: cmarcelaangaritab@gmail.com

¡Hola, Claudia Marcela Angarita Bastilla!

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: 9490430809

Fecha de la transacción: 22/08/2025

CUS: 1719597589

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.

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

CUENTA DE COBRO No. 9

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 septiembre 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:

Joselito Rodríguez Galeano
Coordinador
C.C. 1.116.916.542

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 GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	Laura Sofia Alarcon Aguilar
CARGO	NUTRICIONISTA
PERIODO y FECHA	SEPTIEMBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCIÓN		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. De acuerdo al plan de formación a familias Septiembre.	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.	10%	Sept.	ok.		
		2. Cualificación al Talento Humano, según Cronograma de estrategia IEC (Información Educación y Comunicación en SAN) Temas de Septiembre de acuerdo al plan de formación a talento humano	2.1 Planeación cargada al drive 2.2 Acta de proceso con listados de asistencias en físico y digital. 2.3 Registro Fotografico 2.4 Asistencia a reflexión pedagogica y cualificación a talento humano (5%)	10%	Sept.	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%	Sept.	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	15%	Sept.	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. Remisión a salud 5.2.Soporte donde se informa a la familia el estado nutricional. 5.3. Acta individual de formaciones con la asistencia de esa familia. 5.4. Seguimiento Nutricional (Formato APC) **Casos Riesgos de Desnutridón Aguda (priorización para encuentro en el hogar)Notificación en tiempo real de los participantes con riesgo.** 5.5.1 Evidencias cargue riesgo desnutrición 2Atenciones en salud,3.Educación alimentaria y nutricional4.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%	Sept.	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%	Sept.	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%	Sept.	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%	Sept.	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 Dificutades del componente en el mes 9.2 F8 contractual i Aportes a las obligaciones del componente	5%	Sept.	ok		
FIRMA CONTRATISTA				100%	FIRMA COORDINADORA			
NOMBRE:		Laura Sofia Alarcon			NOMBRE:			
C.C.		1000711112			C.C.			

V°B° EMMU.

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
1795241901

Destino de pago
COMPENSAR-OI

Motivo
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha
22/09/2025

Número de aprobación
00241901

Dirección IP
191.95.52.8

Valor transacción
$ 421.900,00

Costo de la transacción
$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
	CC	1000794222

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

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	
2025-09	2025-09	I	22/09/2025	89981744	$421.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
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
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	8.600	0	0	8.600	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	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	7.500	7.500
CCF	1	8.600	8.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	421.900	421.900

PAGADA

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

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

CUENTA DE COBRO No. 8

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 Septiembre 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:

Joselito Rodríguez Galeano
Coordinador
C.C. 1.116.916.542

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Nataly Sarmiento Suárez

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 # 11007062025

PROGRAMA	EIH GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	Nataly Sarmiento.
CARGO	NUTRICIONISTA
PERIODO y FECHA	SEPTIEMBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCIÓN		1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias como se establece en Cronograma de Capacitación, deacuerdo a la propuesta de cada Nutricionista por territorio. De acuerdo al plan de formación a familias Septiembre.	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.	10%	Sept.	ok.		
		2. Cualificación al Talento Humano, según Cronograma de estrategia IEC (Información Educación y Comunicación en SAN) Temas de Septiembre de acuerdo al plan de formación a talento humano	2.1 Planeación cargada al drive 2.2 Acta de proceso con listados de asistencias en físico y digital. 2.3 Registro Fotografico 2.4.Asistencia a reflexión pedagogica y cualificación a talento humano (5%)	10%	Sept	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%	Sept.	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	15%	Sept.	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. Remisión a salud 5.2.Soporte donde se informa a la familia el estado nutricional. 5.3. Acta individual de formaciones con la asistencia de esa familia. 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.** 5.5.1. Evidencias cargue riesgo desnutrición 2Atenciones en salud,3.Educación alimentaria y nutricional(4 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 acercomiento 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%	Sept.	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 RFP con el comite de control social en compañia de la Psicosocial 6.3 Presencia en el espacio	10%	Sept.	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%	Sept.	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%	Sept.	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,vatunas,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%	Sept.	ok.		
				100%				

FIRMA CONTRATISTA	Nataly Sarmiento	FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Nataly Sarmiento	NOMBRE:	
C.C.	1031136309	C.C.	1116776542

Vo Bo emma.

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-08	1769629803	94905156 65	I	2025/09/03	2025/09/11	BANCO CAJA SOCIAL	8	$662,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$320,000	$1,700	$0	$321,700
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$320,000	$1,700	$0	$321,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$48,800	$300	$0	$49,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$48,800	$300	$0	$49,100
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	$1,300	$0	$251,300
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$250,000	$1,300	$0	$251,300
TOTAL				1	$658,800	$3,600	$0	$662,400

2025/09/11 01:07 PM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-08	1769629803	9490515665	I	2025/09/03	2025/09/11	BANCO CAJA SOCIAL	8	$662,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

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

Gmail

Nataly Sarmiento <sarmientosn892@gmail.com>

PSE - Transacción Aprobada ☑ CUS 1769629803

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co> 11 de septiembre de 2025, 13:08
Para: sarmientosn892@gmail.com

pse

¡Hola, Nataly sarmiento !

Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:



Valor: $ 662.400

Empresa: APORTES EN LINEA

Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9490515665

Fecha de la transacción: 11/09/2025

CUS: 1769629803

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.

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

CUENTA DE COBRO No. 7

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 septiembre 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:

Joselito Rodríguez Galeano
Coordinador
C.C. 1116916542

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: ANGIE TATIANA MUÑOZ CARDENAS
C.C. 1.020.786.376
DR. CARRERA 80D # 7B - 83
Teléfono: 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	Angie Tatiana Muñoz Cordenas
CARGO	APOYO PEDAGOGICO
PERIODO y FECHA	SEPTIEMBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION		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%	Sept.	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%	Sept.	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%	Sept.	ok		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo el el ultimo viernes de cada mes sus ingesos y egresos ____ durante el mes de Septiembre.	4.1 Formato de Ingresos y egresos _____ en el mes septiembre 4.2 Soportes de egreso 4.3 Soportes de Ingreso	10%	Sept.	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%	Sept.	ok		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o por documentos faltantes	6.1 Formato de novedades	5%	Sept.	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%	Sept.	ok		
		8.Microproyectos	8.1. Presentación documento proyecto por UDS,socialización microproyectos 29 de septiembre junto con presentación y Word.	10%	Sept.	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, "Lenguajes que gestan amor"" 9.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 9.3 Asistencia a reflexión pedagogica y cualificación a talento humano.(5%)	15%	Sept.	ok		
			TOTAL	100%				

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

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Joselito Rodriguez G.
C.C.	11691654 2

ipse @BMU

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

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

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-08	I	22/09/2025	89590107	$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
230301	Porvenir	800224808-8	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
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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

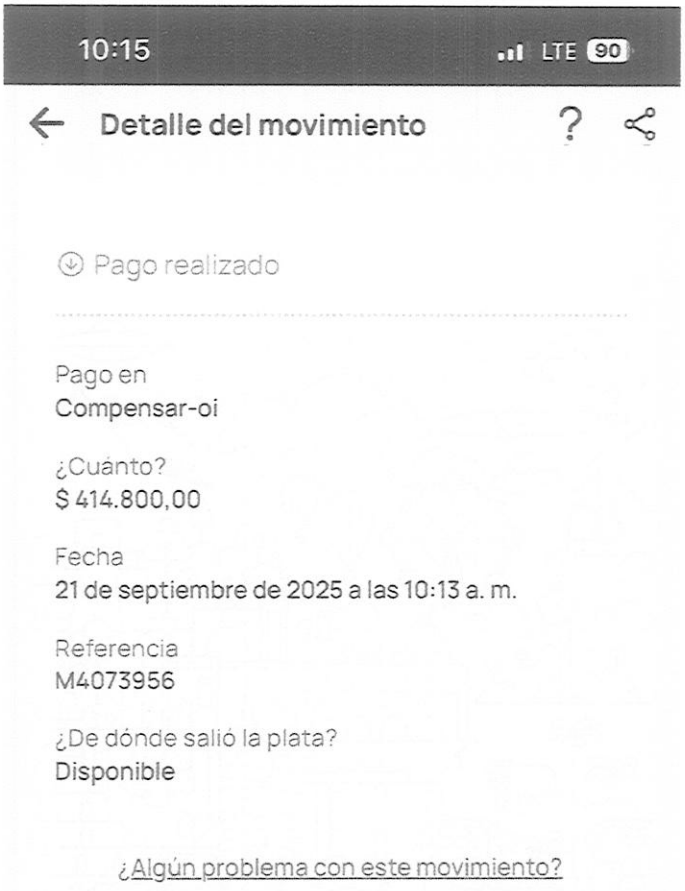
DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-08	I	22/09/2025	89590107	$414.800	

DETALLE POR COTIZANTE

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


10:15
LTE 90
Detalle del movimiento
Pago realizado
Pago en
Compensar-oi
¿Cuánto?
$ 414.800,00
Fecha
21 de septiembre de 2025 a las 10:13 a. m.
Referencia
M4073956
¿De dónde salió la plata?
Disponible
¿Algún problema con este movimiento?

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

CUENTA DE COBRO No. 8

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 Septiembre 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:
_____
Joselito Rodríguez Galeano
Coordinador
C.C. 1116916542

Aprobado por:
_____
Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal

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

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	SEPTIEMBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION		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%	Sept.	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%	Sept.	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%	Sept.	ok		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo el el ultimo viernes de cada mes sus ingesos y egresos ____ durante el mes de Septiembre.	4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes septiembre 4.2 Soportes de egreso 4.3 Soportes de ingreso	10%	Sept.	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%	Sept.	ok		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o por documentos faltantes	6.1 Formato de novedades	5%	Sept.	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%	Sept.	ok		
		8.Microproyectos	8.1. Presentación documento proyecto por UDS,socialización microproyectos 29 de septiembre junto con presentación y Word.	10%	Sept	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, "Lenguajes que gestan amor"" 9.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 9.3 Asistencia a reflexión pedagogica y cualificación a talento humano.(5%)	15%	Sept.	ok		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Anyela Patricia Velasquez
NOMBRE:	
C.C.	52792170

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Josaito Rodriguez G.
C.C.	1116916542

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	Límite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-08	01668510	9491148848	I	2025/09/16	2025/09/19	BANCO DE OCCIDENTE	3	$414,300

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 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

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
2025-08	2025-08	01668510	9491148848	I	2025/09/16	2025/09/19	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
PORVENIR	230301	800,224,808	8	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
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$178,000	$400	$0	$178,400
TOTAL				1	$413,300	$1,000	$0	$414,300

Banco de Occidente

Punto de pago

RECIBO DE PAGO

Fecha de pago: 18/09/2025 Hora: 17:53:53

d Comercio: 13194 No. Terminal: 17:

d Trx: 93862223 Id Aut: 6685

Comercio: PLATIK - EL MUNDO DE LAS HOJAS

Dirección: CR 109 69B 04

RECAUDO DE FACTURAS

TRANSACCIÓN EXITOSA

Convenio: PLANILLA AS APORTES EN LINEA

Código convenio: 1506

Referencia de pago: 9491148848

/alor: $414.300,0

ORIGINAL

orresponsal bancario para Banco de Occidente.
impresión de este tiquete implica su aceptación
verifique la información. Este es el único recibo
oficial de pago. Requerimientos 018000 314652

Powered by CamScanner

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

CUENTA DE COBRO No. 8

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: SEPTIEMBRE 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:

Joselito Rodríguez Galeano
Coordinador
C.C. 1.116.916.542

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 # 11007062025

PROGRAMA	EIH KENNEDY
NOMBRE	Ivc [illegible] Diaz Collejo.
CARGO	APOYO PEDAGOGICO
PERIODO y FECHA	SEPTIEMBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION		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%	Sept.	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%	Sept.	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%	Sept.	ok		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo el el ultimo viernes de cada mes sus ingesos y egresos ____ durante el mes de Septiembre.	4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes septiembre 4.2 Soportes de egreso 4.3 Soportes de ingreso	10%	Sept.	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%	Sept.	ok		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o por documentos faltantes	6.1 Formato de novedades	5%	Sept.	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%	Sept.	ok		
		8.Microproyectos	8.1. Presentación documento proyecto por UDS,socialización microproyectos 29 de septiembre junto con presentación y Word.	10%	Sept.	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, "Lenguajes que gestan amor"" 9.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 9.3 Asistencia a reflexión pedagogica y cualificación a talento humano.(5%)	15%	Sept.	ok		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	Ivc [illegible] Diaz Collejo.
C.C.	31746897

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Joselito Rodriguez G
C.C.	1116916842

VoBo

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

Señor(a): LUZ MARINA DIAZ CORREDOR
No. Identificación: CC51746897
Dirección: CL 36A 74 15 SUR
Telefono: 3226045363
Correo: elvimar64@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8389689813

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	8389689813
Fecha pago	2025-09-11
Número de autorización pago	25620614
Banco	1023

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

PAGADA
8389689813

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

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

Banco de O

Punto de pago

RECIBO DE PAGO

Fecha de pago: 11/09/2025 Hora: 10:41:07

Id Comercio: 13496 No. Terminal: 2055

Id Trx: 92532472 Id Aut: 620614

Comercio: PDP BOGOTA PLAZA DE LAS AMERICAS

Dirección: CRA 78 35 07

RECAUDO DE FACTURAS

TRANSACCIÓN EXITOSA

Convenio: PLANILLA ASISTIDA COMPENSAR

Codigo convenio: 1138

Referencia de pago: 8389689813

Valor: $504.200.0

ORIGINAL

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

Banco de Occidente

Punto de pago

RECIBO DE PAGO

Fecha de pago: 11/09/2025 Hora: 10:41:07

Id Comercio: 13496 No. Terminal: 2055

Id Trx: 92532472 Id Aut: 620614

Comercio: PDP BOGOTA PLAZA DE LAS AMERICAS

Dirección: CRA 78 35 07

RECAUDO DE FACTURAS

TRANSACCIÓN EXITOSA

Convenio: PLANILLA ASISTIDA COMPENSAR

Código convenio: 1138

Referencia de pago: 8389689813

Valor: $504.200.0

ORIGINAL

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

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

CUENTA DE COBRO No. 8

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 Septiembre 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:

Joselito Rodríguez Galeano
Coordinador
C.C. 1.116.916.542

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 CARGO
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
CTO # 11007062025

PROGRAMA	EIH KENNEDY
NOMBRE	Maycol Gómez Suárez
CARGO	APOYO PEDAGOGICO
PERIODO y FECHA	SEPTIEMBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION		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%	sept.	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%	sept.	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%	sept.	ok		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo el el ultimo viernes de cada mes sus ingesos y egresos ____ durante el mes de Septiembre.	4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes septiembre 4.2 Soportes de egreso 4.3 Soportes de ingreso	10%	sept.	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%	sept.	ok		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o por documentos faltantes	6.1 Formato de novedades	5%	sept.	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%	sept.	ok		
		8.Microproyectos	8.1. Presentación documento proyecto por UDS,socialización microproyectos 29 de septiembre junto con presentación y Word.	10%	sept.	ok		
		9. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faliciten el ejercicio pedagogico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	9.1 Ambientación de espacios fisicos de la UDS, "Lenguajes que gestan amor"" 9.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 9.3 Asistencia a reflexión pedagogica y cualificación a talento humano.(5%)	15%	sept.	ok		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Maycol Gómez Suárez
NOMBRE:	Maycol Gómez Suárez
C.C.	1030.555.808

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

VOBO EIH

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

Señor(a): MAYERLY ANDREA GOMEZ SUAREZ
No. Identificación: CC1030555808
Dirección: CLL 55 # 80 B 29 SUR
Telefono: 3204669506
Correo: maye01498@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8389144329

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	MAYERLY ANDREA GOMEZ SUAREZ
Tipo y número de identificación	CC1030555808
Número de planilla	8389144329
Fecha pago	2025-09-05
Número de autorización pago	24781949
Banco	1023

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

PAGADA 8389144329

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	7600	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	228100	1
EPS008	Compensar EPS	178300	1

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

B

MOVIRED

05/09/2025 10:52:37
MICELANEA JR CELLCITY
#104014

No. transacción
ON250905.1052.B34458

TRANSACCIÓN EXITOSA
PAGO DE FACTURAS

Banco de Bogotá

No. autorización 92391211502
Convenio: PLANILLA ASISTIE
COMPENSAR
No. Ref: 8389144329
Valor: $414,000

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

Scanned with CamScanner

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

CUENTA DE COBRO No. 8

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
APC2025-EIH-CON007

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

Joselito Rodríguez Galeano
Coordinador
C.C. 1.116.916.542

Aprobado por:

Ana Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Nicol Barrero

NOMBRE: NICOL ALEJANDRA BARRERO VASQUEZ
C.C. 1.233.489.641
DR. CLL 2 No 89 D 37
Telefono: Tel 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	Nicol Barrero Vasquez
CARGO	APOYO PEDAGOGICO
PERIODO y FECHA	SEPTIEMBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION		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%	Sept	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%	Sept.	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%	Sept.	ok		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo el el ultimo viernes de cada mes sus ingesos y egresos ____ durante el mes de Septiembre.	4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes septiembre 4.2 Soportes de egreso 4.3 Soportes de ingreso	10%	Sept.	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%	Sept.	ok		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o por documentos faltantes	6.1 Formato de novedades	5%	Sept.	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%	Sept.	ok		
		8.Microproyectos	8.1. Presentación documento proyecto por UDS,socialización microproyectos 29 de septiembre junto con presentación y Word.	10%	Sept.	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, "Lenguajes que gestan amor"" 9.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 9.3 Asistencia a reflexión pedagogica y cualificación a talento humano.(5%)	15%	Sept.	ok		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	Nicol Barrero
C.C.	1233489691

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Joselito Rodriguez G.
C.C.	1116416842

V° B° ENVIO.

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 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
2025-08	2025-08	1770691110	9490761258	I	2025/09/09	2025/09/12	NEQUI	3	$447,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,440,000	$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

2025/09/11 08:52 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 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
2025-08	2025-08	1770691110	9490761258	I	2025/09/09	2025/09/12	NEQUI	3	$447,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$230,400	$500	$0	$230,900
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$230,400	$500	$0	$230,900
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	$100	$0	$28,900
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$28,800	$100	$0	$28,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$180,000	$400	$0	$180,400
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$180,000	$400	$0	$180,400
TOTAL				**1**	**$446,800**	**$1,100**	**$0**	**$447,900**

2025/09/11 08:52 PM

← Comprobante de pago

Pago realizado

Pago en
Aportes En Linea

¿Cuánto?
$ 447.900,00

Fecha
11 de septiembre de 2025 a las 08:51 p. m.

Referencia
M21509348

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

CUENTA DE COBRO No. 8

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 Septiembre 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:

Joselito Rodriguez Galeano
Coordinador
C.C. 1.116.916.542

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Natalia Muñoz.

NOMBRE: YULIETH NATALIA MUÑOZ ZAMORA
C.C. 1.032.492.656
DR. CALLE 2 A BIS A # 53 A 74
Teléfono: Tel 3144270114 / nathumunoz@gmail.com
NOTA: Se debe anexar planilla de pago de los Aportes a Salud, Pensión y ARL, del mes vencido y productos del mes según certificación de cumplimiento.

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

PROGRAMA	EIH KENNEDY
NOMBRE	Yulieth Natalia Muñoz Zamora
CARGO	APOYO PEDAGOGICO
PERIODO y FECHA	SEPTIEMBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION		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%	Sept	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%	Sept.	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 (52 carpetas)	5%	Sept.	ok		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo el el ultimo viernes de cada mes sus ingesos y egresos ____ durante el mes de Septiembre.	4.1 Formato de ingresos y egresos 6 en el mes septiembre 4.2 Soportes de egreso 4.3 Soportes de ingreso	10%	Sept.	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%	Sept.	ok		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o por documentos faltantes	6.1 Formato de novedades	5%	Sept.	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%	Sept.	ok		
		8.Microproyectos	8.1. Presentación documento proyecto por UDS,socialización microproyectos 29 de septiembre junto con presentación y Word.	10%	Sept.	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, "Lenguajes que gestan amor"" 9.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 9.3 Asistencia a reflexión pedagogica y cualificación a talento humano.(5%)	15%	Sept.	ok		
			TOTAL	100%				

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

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Joselito Rodriguez G.
C.C.	1116916548

VoBo

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	
2025-08	2025-08	I	10/09/2025	89374787	$413.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

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

TOTALES PENSIÓN

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

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	7.500				7.500	0	0	7.500			75	7.500	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

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

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	
2025-08	2025-08	I	10/09/2025	89374787	$413.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1032492656	MUÑOZ ZAMORA YULIETH NATALIA	59	0			N																	230301	1.423.500	227.600	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

Gmail

Natalia Muñoz Zamora <nathumunoz@gmail.com>

Pago exitoso

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

mar, 9 de sep., 7:26 p.m.



¡Pago exitoso!

Hiciste un pago en COMPENSAR-OI por $413.300,00
Fecha: El 9 de septiembre de 2025
Hora: 7:26 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!

Ciudad: BOGOTÁ D.C Mes: SEPTIEMBRE 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-CON017

NOMBRE: SANDRA YOMAR JIMENEZ GOMEZ
CEDULA: 52.826.303
CUENTA BANCARIA: 0550488454613149 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 SEPTIEMBRE 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:

Joselito Rodriguez Galeano
Coordinador
C.C. 1.116.916.542

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: Sandra Yomar Jiménez Gómez
C.C. 52.826.303
Dirección: Carrera 5 este # 27A – 78 sur
Correo: sayojigo3210@hotmail.com
Cel: 3114861518

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	SANDRA YOMAR JIMENEZ GOMEZ
CARGO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO
PERIODO y FECHA	SEPTIEMBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
		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%	Sept.	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%	Sept.	OK		
		8. Custodia y control de los equipos .	8.1.Relación de fotocopiado e impresiones	15%	Sept.			
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	Sandra Jimenez
C.C.	52.826.303.

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Joselito Rodriguez Galeano
C.C.	1116916542

JOBOGANU.

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	52826303	SANDRA YOMAR JIMENEZ GOMEZ	CR 5 ESTE 27A 78 SUR	3114861518	sayojigo3210@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
2025-09	2025-09	I	07/10/2025	90261116	TOTAL A PAGAR	
					$414.700	

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	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
230301	Porvenir	800224808-8	227.800	0	0	0	0	5	700	0	228.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	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	228.500
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	414.700

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	52826303	SANDRA YOMAR JIMENEZ GOMEZ		CR 5 ESTE 27A 78 SUR	3114861518	sayojigo3210@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	
2025-09	2025-09	I	07/10/2025	90261116	$414.700	

ALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
›o	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colomb. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
C	52826303	JIMENEZ GOMEZ SANDRA YOMAR	59	0			N																	230301	1.423.500	227.600	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

seguros **mundial**®

tu compañía siempre

NIT 860 037.013-6
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
IVA REGIMEN COMÚN - AUTORETENEDORES

Código de Seguridad: dZ9Hyqh8rKAevTHV/SM/HQ==

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.
DIRECCIÓN GENERAL CALLE 33 N 6B - 24 PISOS 1.2 Y 3 - BOGOTÁ
TELÉFONO 2855600 FAX 2851220 - **WWW.SEGUROSMUNDIAL.COM.CO**

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO
ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082
VERSION CLAUSULADO 06-04-2021-1317-P-05-PPSUS2F0000000059-D00T

Na PÓLIZA	COQ-100006418	**Na ANEXO**	0	**No. CERTIFICADO**	680007076	**FECHA DE EXPEDICIÓN**	25/09/2025
No. RIESGO		**TIPO DE DOCUMENTO**		**SUC. EXPEDIDORA**	CEN ORINOQUIA		

VIGENCIA DESDE		VIGENCIA HASTA		DÍAS	VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE		VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA	
00:00 Horas Del	21/09/2025	24:00 Horas Del	21/12/2025		N/A	N/A	N/A	N/A

TOMADOR	JIMENEZ GOMEZ, SANDRA YOMAR	**No. DOC. IDENTIDAD**	52.826.303
DIRECCIÓN	CALLE 95 N 68F 24	**TELÉFONO**	3114861518
ASEGURADO	ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA	**No. DOC. IDENTIDAD**	830.107.985-1
DIRECCIÓN	CLL 95 # 68 F 24	**TELÉFONO**	3108774707
BENEFICIARIO	ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA	**No. DOC. IDENTIDAD**	830.107.985-1
DIRECCIÓN	CLL 95 # 68 F 24	**TELÉFONO**	3108774707

OBJETO DE CONTRATO

GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO NO.APC2025-EIH-CON098 , CUYO OBJETO ES

EL CONTRATISTA EN SU CALIDAD DE TRABAJADOR INDEPENDIENTE SE OBLIGA CON EL CONTRATANTE A PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL MARCO DEL CONTRATO DE APORTE SUSCRITO CON EL ICBF PARA LA ATENCIÓN DEL PROGRAMA EIH

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

NOMBRE DELAMPARO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADAS	VALOR PRIMAS
CUMPLIMIENTO	00:00 Horas Del 21/09/2025	24:00 Horas Del 21/12/2025	3.383.251,40	12.500,00
CALIDAD DEL SERVICIO	00:00 Horas Del 21/09/2025	24:00 Horas Del 21/12/2025	3.383.251,40	12.500,00
		TOTAL ASEGURADO	$ 6.766.502,80	

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

PRIMA BRUTA	$	25.000,00
DESCUENTOS	$	
EXTRA PRIMA		
PRIMA NETA	$	25.000,00
GASTOS EXP.	$	5.000,00
IVA	$	5.700,00
TOTAL A PAGAR	$	35.700,00

DISTRIBUCIÓN COASEGURO

COMPAÑÍA	TIPO COASEGURO	PÓLIZA LÍDER	CERTIF. LÍDER	% PARTICIPACIÓN

CONVENIO DE PAGO: DIRECTO EFECTIVO, Fecha de Pago: 25/09/2025

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

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

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

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

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

TOMADOR

Líneas de Atención al Cliente:
- **Nacional: 01 8000111 935**
- **Bogotá: 327 4712 - 327 4713**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA

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

seguros mundial®

tu compañía siempre

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

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

Afiliados
CAMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA
PASA APF

LA COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A

CERTIFICA:

Que la garantía de Cumplimiento contenida en la póliza **COQ-** 10006418 y endoso, 0 cuyo afianzado es: **JIMENEZ GOMEZ, SANDRA YOMAR** Asegurado o Beneficiario: **ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA / ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA** , expedida por la Compañía en 21/09/2025 no expirará por falta de pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella o por revocación unilateral por parte del Tomador o de la Compañía.

CEN ORINOQUIA a los 25 días del mes 09 del año **2025.**

Firma Autorizada - Compañía Mundial de Seguros S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 141132231236

(415)7707212489984(8020) 000014113223123 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 2 8 2 6 3 0 3	1	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	52826303	

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
JIMENEZ	GOMEZ	SANDRA	YOMAR

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CR 5 ESTE 27 A 78 SUR

42. Correo electrónico: sayojigo3210@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	2 0 6 0 9 9 8	3 1 1 4 8 6 1 5 1 8

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1 2	51. Código	52. Número establecimientos
0 0 1 0	1 9 9 8 1 2 0 1	6 3 1 1	2 0 1 7 0 3 0 1				

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

Usuarios aduaneros

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

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

Fecha generación documento PDF: 13-08-2025 03:43:20PM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DAVIVIENDA

BANCO DAVIVIENDA S.A.

CERTIFICA:

Que **SANDRA YOMAR JIMENEZ GOMEZ**, quien se identifica con **Cédula de ciudadanía** No. **52826303** y es titular de la cuenta terminada en ****3149** , realizó el siguiente pago a través de :

Fecha del pago	Valor	Destino	Factura - Referencia	Número de Autorización
06/10/2025	$ 414.700,00	COMPENSAR-OI	1833859798	33859798

Se expide en Bogotá, el 07-10-2025.

Atentamente,

BANCO DAVIVIENDA S.A.

Banco Davivienda S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.826.303**

JIMENEZ GOMEZ

APELLIDOS

SANDRA YOMAR

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-FEB-1980**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

30-MAR-1998 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00261687-F-0052826303-20101022 **0024**5010**88**A 1 1301029378