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

TALENTO HUMANO

FASE DE ATENCION

NOVIEMBRE 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

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

CUENTA DE COBRO No. 10

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: 488456009437 BANCO: DAVIVIENDA AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: ($4.416.136) CUATROCIENTOS DIECISEIS MIL CIENTO TREINTA Y SEIS PESOS M/CTE.
PERIODO: **Fase Atención noviembre 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.

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	
2025-10	2025-10	I	10/11/2025	90804822	$512.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	220.800	0		0		0	0	0	0	220.800	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	282.700	0	0	0	0	0	0		282.700	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	9.300				9.300	0	0	9.300			93	9.300	1

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

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

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	220.800	220.800
Pensión	1	282.700	282.700
Riesgos Laborales	1	9.300	9.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	512.800	512.800

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52278676	EMILCE ROJAS AGUILAR	KR 72 H 38 BIS 65 SUR	3213231358	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	
2025-10	2025-10	I	10/11/2025	90804822	$512.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Columna	Subtipo	Extranjero	Colombiano en el exterior	Corrección	IRP	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL		Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	52278676	ROJAS AGUILAR EMILCE	59	0			N															230301	1.766.400	282.700	0	0	0	0	EPS008	1.766.400	220.800	14-11	1.766.400	1	9.300		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Parece que este mensaje está en inglés

Traducir al español



¡Pago exitoso!

Hiciste un pago en COMPENSAR-OI por $512.800
Fecha: El 8 de noviembre de 2025
Hora: 8:52 p. m.

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52278676	EMILCE ROJAS AGUILAR	KR 72 H 38 BIS 65 SUR	3213231356	EMILCEROJASTS@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2025-11	2025-11	I	21/11/2025	91591382	TOTAL A PAGAR	
					$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	830903790-5	9.300				9.300	0	0	9.300			93	9.300	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	220.800	220.800
Pensión	1	282.700	282.700
Riesgos Laborales	1	9.300	9.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	512.800	512.800

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52278676	EMILCE ROJAS AGUILAR	KR 72 H 38 BIS 65 SUR	3213231356	EMILCEROJASTS@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ. D. C.	BOGOTÁ. D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	I	21/11/2025	91591382	$512.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colombiano en exterior	Corrección	VSP	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL		Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	52278676	ROJAS AGUILAR EMILCE	59	0		N																	23001	1.766.400	282.700	0	0	0	0	EPS008	1.766.400	220.800	14-11	1.766.400	1	9.300		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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: 20/11/2025
CUS: 1944030228

Gracias por utilizar nuestro servicio.

Ten encuenta estos tips de seguridad:

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

Para mayor información comunicate con nosotros:

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

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

CUENTA DE COBRO No. 10

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: 0550488455991924 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 Noviembre 2025**

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

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

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

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

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

Autorizado por:

Emilce Rojas Aguilar
Coordinadora
C.C. 52.278.676

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Ana María Barragán L

NOMBRE: Ana María Barragán León
C.C. 1.030.572.403
DR. CL 40 sur No 78 M 27
Telefono: 3219905315 / abarraganleon@gmail.com

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

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO POR CARGO
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
CTO # 11007062025
Entregas de cargos totalmente diligenciadas,carnet,chaleco y camiseta por terminación contrato.

MODALIDAD	EBI KENNEDY
NOMBRE	Ana María Barragán
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	NOVIEMBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION		1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales	1.1 Planeación Grupal, mínimo 1 de los dos encuentros, durante el mes (Formato ICBF), "con las cuatro planeaciones de las áreas correspondientes" 2 Horas efectivas(Estar en los salones comunales 15 minutos del inicio de los encuentros grupales)	20%	Noviembre	Ok		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (EDH)	2.1. Planeación Encuentro en el hogar (1 por cada participante) 2.2 Cronograma de Visitas, con las respectivas firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/o 49 encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atención correspondiente.	20%	Noviembre	Ok		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentación requerida tanto en físico como en drive (SD)	3.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Acomodación de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalización de cada uno de los documentos de los participantes del GA 3.4 Archivo físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas al 100% por cierre de contrato. 3.5.Carpetas rotuladas y foliadas al 100% con la documentación y orden indicado en el plan de gestión documental	5%	Noviembre	Ok		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo el ultimo viernes de cada mes sus ingresos y egresos ____ durante el mes de Octubre.	4.1 Formato de ingresos y egresos 3 en el mes octubre 4.2 Soportes de egreso deben estar para el cierre según la que indica el plan de gestión documental foliados y completos. 4.3 Soportes de ingreso	10%	Noviembre	Ok		
		5. Entrega de Formatos de RAM, Refrigerios,Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.	5.1 Formato RAM 5.2 Refrigerios 5.3 Formato RPP 5.4 Fotografías uno a uno de la entrega de RPP - en power Point 5.5 Formato de Bienestarina Los documentos entregados no tuvo novedades ni tachones ni	10%	Noviembre	Ok		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o por documentos faltantes	6.1 Formato de novedades al 100% para cierre de contrato.	5%	No	Ok		
		7.Escala cualitativa del desarrollo	7.1 Aplicación de escala. 7.2 Diligenciamiento del formato físico , archivado en cada carpeta y escaneado en el drive de participantes 7.3.Sadilitado escalas realizadas mes anterior. 7.4 Escalas socialización al 100% cierre de contrato	5%	Noviembre	Ok		
		8.Microproyectos	8.1. Debe estar listo y contar con las diferentes retroalimentaciones brindadas en los diferentes acompañamientos. Se seleccionará una propuesta que será la ponente el día de experiencias significativas, se debe llevar una muestra por cada GA y participar en el evento el 14 de noviembre.	10%	Noviembre	Ok		
		9. Generar espacios y ambientes enriquecidos que fortalezcan el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	9.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS, "Cultura de la región" 9.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 9.3 Asistencia a reflexión pedagógica y cualificación a talento humano.(5%)	15%	Noviembre	Ok		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Ana María Barragán
NOMBRE:	Ana María Barragán
C.C.	1020722403

FIRMA COORDINADORA	Bmlce P
NOMBRE:	Bmlce P
C.C.	52386-96

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	Días Mora	Valor
2025-10	2025-10	1001001001	9493350314	I	2025/11/05	2025/11/07	BANCO DE BOGOTA	2	$414,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$300	$0	$228,100
PROTECCION	230201	800.229.739	0	1	$227,800	$300	$0	$228,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,500	$100	$0	$7,600
ARL SURA	14-11	890.903.790	5	1	$7,500	$100	$0	$7,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$300	$0	$178,300
SANITAS	EPS005	800.251.440	6	1	$178,000	$300	$0	$178,300
TOTAL				**1**	**$413,300**	**$700**	**$0**	**$414,000**

2025/11/07 01:31 PM

Powered by CamScanner

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificacion	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
2025-10	2025-10	1001001001	9493350314	1	2025/11/05	2025/11/07	BANCO DE BOGOTA	2	$414,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
1	CC 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

2025/11/07 01:31 PM

Powered by CamScanner

Practi
Comprobante de Pago
Id de
Transaccion:1056729421.
Fecha:2025-11-04 18:19:30.
Producto:Facturas
Numero:3125736711
Monto:$413,300
Respuesta:Pago Exitoso
Codigo autorizacion:675563
Nota:
Nombre
Convenio:PLANILLA AS
APORTES EN LINEA
Referencia:9493350314
Tipo Pago:Referenciado
Id Aprobacion:675563
Codigo Convenio:1506
LINEA DE ATENCION AL
CLIENTE:BOGOTA:7432626
/NACIONAL: 018000512825
PRACTISISTEMAS:Correspons
Banco de Bogota
Reenviar SMS
Vuelva Pronto! Gracias.

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 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		
Pension	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11	1938579248	9494599008	I	2025/12/02	2025/11/19	NEQUI	0	$413,300

RESUMEN DE PAGO

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

2025/11/18 06:52 PM

Powered by CamScanner

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 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
2025-11	2025-11	1938579248	9494599008	I	2025/12/02	2025/11/19	NEQUI	0	$413,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
1	CC	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

2025/11/18 06:52 PM

Powered by CamScanner

Nequi

Resumen de pago

Descripción de compra
Pago de la Planilla de aportes con clave:
9494599008

Tienda
APORTES EN LINEA

Estado de la transaccion
Transacción éxitosa

Fecha de la transacción
18 de noviembre de 2025 a las 6:46 p. m.

CUS
1938579248

Referencia Nequi
00099

¿Cuánto?
$ 413.300.00

Valor de los impuestos
$ 0.00

Número de referencia 1
190.24.57.220

Número de referencia 2
CC

Número de referencia 3
1030572403

Factura de comercio
9494599008

Tu plata salió de:



Disponible

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

CUENTA DE COBRO No. 10

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: 4884 5621 5315 **BANCO:** DAVIVIENDA **AHORRO** _X_ **CORRIENTE** ___
LA SUMA DE: ($2'670.988) DOS MILLONES SEISCIENTOS SETENTA MIL NOVECENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS M/CTE.
PERIODO: Fase Atención noviembre 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 Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

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

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

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

Entregas de cargos totalmente diligenciadas,carnet,chaleco y camiseta por terminación contrato.

PROGRAMA	EIH RENACER
NOMBRE	LILIANA PATRICIA PEÑA
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	NOVIEMBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCIÓN		1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales	1.1 Planeación Grupal, mínimo de dos encuentros, durante el mes (Formato ICBF), *con las cuatro planeaciones de las áreas correspondientes* 2 Horas efectivas(Estar en los salones comunales 15 minutos del inicio de los encuentros grupales)	20%	nov.-25	OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (EIH)	2.1. Planeación Encuentro en el Hogar (1 por cada participante) 2.2 Cronograma de Visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/o ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atención correspondiente.	20%	nov.-25	OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentación requerida tanto en físico como en drive (50)	3.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Acomodación de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalización de cada uno de los documentos de los participantes del GA_ 3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas al 100% por cierre de contrato. 3.5.Carpetas rotuladas y foliadas al 100% con la documentación y orden indicado en el plan de gestión documental	5%	nov.-25	OK		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo el el último viernes de cada mes sus ingresos y egresos ____ durante el mes de Octubre.	4.1 Formato de ingresos y egresos_____ en el mes octubre 4.2 Soportes de egreso deben estar para el cierre según lo que indica el plan de gestión documental foliados y completos. 4.3 Soportes de ingreso	10%	nov.-25	OK		
		5. Entrega de Formatos de RAM, Refrigerios,Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.	5.1 Formato RAM 5.2 Refrigerios 5.3 Formato RPP 5.4 Fotografías 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%	nov.-25	OK		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o por documentos faltantes	6.1 Formato de novedades al 100% para cierre de contrato.	5%	nov.-25	OK		
		7.Escala cualitativa del desarrollo	7.1 Aplicación de escala. 7.2 Diligenciamiento del formato físico , archivado en cada carpeta y escaneado en el drive de participantes 7.3.Socialización escalas realizadas anteriormente. 7.4 Escalas socialización al 100% para cierre de contrato	5%	nov.-25	OK		
		8.Microproyectos	8.1. Debe estar listo y contar con las diferentes retroalimentaciones brindadas en los diferentes acompañamientos. Se seleccionará una propuesta que será la ponente el día de experiencias significativas, se debe llevar una muestra por cada GA y participar en el evento el 28 de noviembre.	10%	nov.-25	OK		
		9. Generar espacios y ambientes enriquecidos que fomenten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	9.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS, "Cultura cada región" 9.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 9.3 Asistencia a reflexión pedagógica y cualificación a talento humano (5+6)	15%	nov.-25	OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	
C.C.	52974510

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	
C.C.	52738695

VOB°

Nequi

Resumen de pago

Descripción de compra
Pago de la Planilla de aportes con clave:
9493389429

Tienda
APORTES EN LINEA

Estado de la transacción
Transacción éxitosa

Fecha de la transacción
10 de noviembre de 2025 a las 9:33 p. m.

CUS
1919924820

Referencia Nequi
00099

¿Cuánto?
$ 414.800,00

Valor de los impuestos
$ 0,00

Número de referencia 1
181.53.96.9

Número de referencia 2
CC

Número de referencia 3
52974510

Factura de comercio
9493389429

Tu plata salió de:

 Disponible

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1919924820	9493389429	I	2025/11/06	2025/11/11	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
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$178,000	$600	$0	$178,600
TOTAL				1	$413,300	$1,500	$0	$414,800

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 52974510		PEÑA SALCEDO LILIANA PATRICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 88 # 6a-90 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3934835	No

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	vlp	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	52974510 PEÑA LILIANA																		23030 1	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,423,500	0.522%	$7,500	0	$0	$0	No	$413,300
Total		**Afiliados(1)**																				$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500		$7,500		$0	$0		$413,300

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11	1919935582	9494606445	I	2025/12/03	2025/11/11	NEQUI	0	$413,300

RESUMEN DE PAGO

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

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 52974510		PEÑA SALCEDO LILIANA PATRICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 88 # 6a-90 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3934835	No

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	52974510	PEÑA LILIANA																	23030 1	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,423,500	0.522%	$7,500	0	$0	$0	No	$413,300
Total		**Afiliados(1)**																			$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500		$7,500		$0	$0		$413,300

Nequi

Resumen de pago

Descripción de compra
Pago de la Planilla de aportes con clave:
9494606445

Tienda
APORTES EN LINEA

Estado de la transacción
Transacción éxitosa

Fecha de la transacción
10 de noviembre de 2025 a las 9:38 p. m.

CUS
1919935582

Referencia Nequi
00099

¿Cuánto?
$ 413.300,00

Valor de los impuestos
$ 0,00

Número de referencia 1
181.53.96.9

Número de referencia 2
CC

Número de referencia 3
52974510

Factura de comercio
9494606445

Tu plata salió de:



Disponible

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

CUENTA DE COBRO No. 02

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
APC2025-EIH-CON064

NOMBRE: KELY JOHANA TAPIERO MEDINA
CEDULA: 1.233.502.206
CUENTA BANCARIA: 0550488456148458 BANCO: DAVIVIENDA AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: ($2.670.988) DOS MILLONES SEISCIENTOS SESENTA MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS M/CTE.
PERIODO: **FASE DE ATENCION NOVIEMBRE 2025**

CONCEPTO: Agente 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: ($2.670.988) dos millones seiscientos sesenta 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,

Kely Johana Tapiero Medina

NOMBRE: KELY JOHANA TAPIERO MEDINA
C.C. 1.233.502.206
DR. CLL40 BIS B #82D-09
Telefono: 3103656556/ Jtapieromedina@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	KELY JOHANA TAPIERO MEDINA
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	NOVIEMBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
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 correspondientes" 2 Horas efectivas(Estar en los salones comunales 15 minutos del inicio de los encuentros grupales)	20%	noviembre	ok		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (EIH)	2.1. Planeacion Encuentro en el hogar (1 por cada participante) 2.2 Cronograma de Visitas, con las respectivas Firmas - que evidencia el Desarrollo de los 50 y/o 48 encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atención correspondiente.	20%	noviembre	ok		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentación requerida tanto en físico como en drive (50)	3.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 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 1 3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas)	5%	noviembre	ok		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo el el último viernes de cada mes sus ingresos y egresos ____ durante el mes de Noviembre.	4.1 Formato de ingresos y egresos 2 en el mes noviembre 4.2 Soportes de egreso 4.3 Soportes de ingreso	10%	noviembre	ok		
		5. Entrega de Formatos de Rem, Refrigerios, Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.	5.1 Formato Rem 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%	noviembre	ok		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o por documentos faltantes	6.1 Formato de novedades	5%	noviembre	ok		
		7. Escala cualitativa del desarrollo	7.1 Aplicación de escala. 7.2 Diligenciamiento del formato físico , archivado en cada carpeta y escaneado en el drive de participantes 7.3 Socializarlo actas realizadas mes anterior	5%	noviembre	ok		
		8. Microproyectos	8.1. Debe estar listo y contar con las diferentes retroalimentaciones brindadas en los diferentes acompañamientos. Se seleccionará una propuesta que será la ponente el dia del foro AFC.	10%	noviembre	ok		
		9. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faliciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	9.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS, "celebración dia dulce" 9.2 Los espacios intervenidos deben contar con una Intencionalidad pedagógica. 9.3 Asistencia a reflexión pedagogica y cualificación a talento humano.(5%)	15%	noviembre	ok		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Kely Johana Tapiero
NOMBRE:	Kely Johana Tapiero
C.C.	1233502206

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	
C.C.	1098606

UDS
EIH

enlace operativo

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-11-13, 03:21:36 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 81716808

Periodo Cotización 202511 **Periodo Servicio** 202511

Cliente:

PAGADA 2025-11-13

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	KELY JOHANA TAPERO MEDINA				
Documento	CC 1233502206	**Dirección**	CL 95B NORTE #82 D - 09 PINAR DEL RIO		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3103656556		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	GIRARDOT	**Departamento**	CUNDINAMARCA		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

							Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Documento	CC 1233502206		Residente		Exonerado	N	TAPIERO MEDINA KELY JOHANA	25307000 - 25		CUNDINAMARCA
Tipo Cotizante	57	00								

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

Novedades																			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Dias AFP	Dias EPS	Dias ARL	Dias CCF
X															0	30	30	30	30

Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión: Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS
		$1.423.500	230301		16 %	$1.423.500	$227.800	$0	$0

Salud: Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC
EPS002		12,5 %	$1.423.500	$178.000	$0

Riesgos: Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos
14-11	1	0.522 %	$1.423.500	$7.500

Caja: Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Parafiscales: Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
CCF22	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
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	SALUD TOTAL EPS	ARL SURA	COLSUBSIDIO	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.

EXPERTOS en PILA

Powered by CamScanner



Pago salud poshita Noviembre

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

CUENTA DE COBRO No. 10

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 Noviembre 2025**

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

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

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

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

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

Autorizado por:

Emilce Rojas Aguilar
Coordinadora
C.C. 52.278.676

Aprobado por:

Ana Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: MARTHA ELIZABETH PAEZ ALARCON
C.C. 1.032.359.119
DR. Carrera 79f #14-45
Telefono: 3223337617 / eliza0313@hotmail.com

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

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
CEO # 1100706202S

Entregas de cargos totalmente diligenciadas,carnet,chaleco y camiseta por terminación contrato.

PROYECTO	SAN KENNEDY
NOMBRE	MARTHA ELIZABETH PAEZ ALARCÓN
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO Y FECHA	NOVIEMBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
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 correspondientes" 2 Horas efectivas(Estar en los salones esperando 10 minutos del inicio de los encuentros grupales)	20%	NOV	OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (EIII)	2.1. Planeación Encuentro en el hogar (1 por cada participante) 2.2 Cronograma de Visitas, con las respectivas Firmas - que evidencia el Desarrollo de los 96 y/o ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atención correspondiente.	20%	NOV	OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentación requerida tanto en físico como en drive (80)	3.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Acompañación de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalización de cada uno de los documentos de los participantes del GA _ 3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas al 100% por cierre de contrato. 3.5.Carpetas rotuladas y foliadas al 100% con la documentación y orden indicado en el plan de gestión documental	8%	NOV	OK		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo el el último viernes de cada mes sus ingresos y egresos ____ durante el mes de Octubre.	4.1 Formato de ingresos y egresos 3 en el mes octubre 4.2 Soportes de egreso deben estar con el cierre según lo que indica el plan de gestión documental foliados y completos. 4.3 Soportes de ingreso	10%	NOV	OK		
		5.Entrega de formatos de RAM, Refrigerios,Rpp y Bienestarina sin faltantes ni enmendaduras.	5.1 Formato RAM 5.2 Refrigerios 5.3 Formato RPP 5.4 Fotografías una a una de la entrega de RPP- en power Point 5.5 Formato de Bienestarina	10%	NOV	OK		
		6. Entrega del formato de novedades por inasistencia, retiro, o por documentos faltantes	6.1 Formato de novedades al 100% para cierre de contrato.	5%	NOV	OK		
		7.Escala evaluativa del desarrollo	7.1 Aplicación de escala, 2 y 7.2 Diligenciamiento del formato físico , archivado en cada carpeta y escaneado en el drive de participantes 7.3.Socializarlo escalas realizadas con enterior. 7.4.Tenerlo y socializarlo al 100% para cierre de contrato.	5%	NOV	OK		
		8.Microproyectos	8.1. Debe estar listo y contar con las diferentes retroalimentaciones brindadas en los diferentes acompañamientos. Se seleccionará una propuesta que sea la pacema al día de experiencias significativas, se debe llevar una muestra por cada GA y participar en el evento el 24 de noviembre.	10%	NOV	OK		
		9. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faciliten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	9.1 Ambientación de espacios basada en la UDS "Cultivo cada región" 9.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 9.3 Asistencia a reflexión pedagógica y cualificación a talento humano.(5%)	15%	NOV	OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	Martha Elizabeth Paez
C.C.	1092359119

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Emiler
C.C.	52386976

VoBo AMV.

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
2025-10	2025-10	1910959720	9493463251	I	2025/11/07	2025/11/07	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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-10	2025-10	1910959720	9493463251	I	2025/11/07	2025/11/07	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

Resultado de su transacción

Destino de pago
APORTES EN LINEA

Motivo
Pago de la Planilla de aportes con clave: 9493463251

Número de Aprobación
00959720

Fecha
07/11/2025

Dirección IP
191.156.155.51

Valor transacción
$413.300,00

Costo de la transacción
$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1
191.156.159.41

Referencia 2

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-11	2025-11	1938774209	9494756429	I	2025/12/04	2025/11/19	NEQUI	0	$413,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
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

2025/11/18 07:56 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	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11	1938774209	9494756429	I	2025/12/04	2025/11/19	NEQUI	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

2025/11/18 07:56 PM

Nequi

Resumen de pago

Descripción de compra
Pago de la Planilla de aportes con clave: 9494756429

Tienda
APORTES EN LINEA

Estado de la transacción
Transacción éxitosa

Fecha de la transacción
18 de noviembre de 2025 a las 7:50 p. m.

CUS
1938774209

Referencia Nequi
00099

¿Cuánto?
$ 413.300,00

Valor de los impuestos
$ 0,00

Número de referencia 1
186.155.95.226

Número de referencia 2
CC

Número de referencia 3
1032359119

Factura de comercio
9494756429

Tu plata salió de:

 Disponible

Ciudad: BOGOTÁ D.C Mes: NOVIEMBRE 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-CON072

NOMBRE: NACIRIS MARIA GUTIERREZ GALVAN
CEDULA: 1.030.584.449
CUENTA BANCARIA: 0550488455898053 BANCO DAVIVIENDA: 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 noviembre 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 Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Nacins G

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

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

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

Entregas de cargos totalmente diligenciadas,carnet,chaleco y carnisata por terminación contrato.

PROGRAMA	EIH KENNEDY
NOMBRE	Nacha Gutierrez
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	NOVIEMBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
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 correspondientes" 2 Horas efectivas(Estar en los salones comunales 15 minutos del inicio de los encuentros grupales)	20%	Noviembre	OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (EIH)	2.1. Planeación Encuentro en el hogar (1 por cada participante) 2.2 Cronograma de Visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/o 60 encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atención correspondiente.	20%	Noviembre	OK		Dos familias no realizaron la visita.
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentación requerida tanto en físico como en drive (50)	3.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Actualización de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalización de cada uno de los documentos de los participantes del GA , 3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas al 100% por cierre de contrato. 3.5 Carpetas rotuladas y foliadas al 100% con la documentación y orden indicado en el plan de gestión documental	5%	Noviembre	OK		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo el el último viernes de cada mes sus ingresos y egresos ____ durante el mes de Octubre.	4.1 Formato de Ingresos y egresos _____ en el mes octubre 4.2 Soportes de egreso deben estar pegados al cierre según lo que indica el plan de gestión de carpetas foliadas y completas. 4.3 Soportes de Ingreso	10%	Noviembre	OK		
		5.Entrega de Formatos de RAM, Refrigerios,Rpp y Bienestar(la sin factores en el encerramiento.	5.1 Formato RAM 5.2 Refrigerios 5.3 Formato RPP 5.4 Fotografías una a una de la entrega de RPP - en power Point 5.5 Formato de Bienestar.(as Los documentos entregados en buen estado(sin tachones, nl .	10%	Noviembre	OK		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, grilla, o por documentos faltantes	6.1 Formato de novedades al 100% para cierre de contrato.	5%	Noviembre	OK		
		7.Escala cualitativa del desarrollo	7.1.Aplicación de escala. 7.2 Diligenciamiento del formato físico , archivado en cada carpeta y organizado en el drive de participantes 7.3.Socializar lo escalas realizadas mes anterior. 7.4 Escalas socialización al 100% para cierre de contrato	5%	Noviembre	OK		
		8.Microproyectos	8.1. Debe estar listo y contar con los diferentes retroalimentaciones brindadas en los diferentes acompañamientos. Se seleccionará una propuesta que será la ponente el día de experiencias significativas, se debe llevar una muestra por cada GA y participar en el evento el 24 de noviembre.	10%	Noviembre	OK		
		9. Generar espacios y ambientes enriquecidos que fericiten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	9.1. Ambientación de espacios físicos de la UDS, "cultura de cada región" 9.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 9.3 Asistencia a reflexión pedagógica y cualificación a talento humano.(5%)	15%	Noviembre	OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Nacha G
NOMBRE:	Nacha Gutierrez
C.C.	1030[illegible]

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

VoBo @MW

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

Señor(a): NACIRIS MARIA GUTIERREZ GALVAN
No. Identificación: CC1030584449
Dirección: CARRERA 2A 22 39 SOACHA
Telefono: 2048169
Correo: NACIRISGUTIERREZ@HOTMAIL.COM
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 91391478

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	NACIRIS MARIA GUTIERREZ GALVAN
Tipo y número de identificación	CC1030584449
Número de planilla	91391478
Fecha pago	2025-11-11
Número de autorización pago	2089644
Banco	1083

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

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	7500	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	227800	1
EPS008	Compensar EPS	178000	1

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

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	25-14	1423500	1423500	1423500	0	178000	0	227800	0	7500	0

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

COMPENSAR
NIT 860066942-7
RECAUDO MIPLANILLA

FECHA Y HORA TRANSACCIÓN: 2025/11/11 - 9:14 a. m.
DOCUMENTO: CC 1030584449
NOMBRE USUARIO:
NACIRIS MARIA GUTIERREZ GALVAN
MODULO: KENPAR01
ID PAGO:48460557

.
.
.

NO PLANILLA: 8391391492
PERIODO DE PAGO: noviembre
VALOR PAGADO: $ 413300

NO PLANILLA: 8391391478
PERIODO DE PAGO: octubre
VALOR PAGADO: $ 413300

.
.
.

TOTAL: $ 826600
EFECTIVO: $ 900000
CAMBIO: $ 73400

Identificación aportante: 1030584449
Fecha liquidación: [illegible]
Tipo de planilla:
1 - Planilla de independientes
Número de planilla: 8391391478
Periodo liquidación: Octubre 2025

Fecha límite de pago (dd/mm/aaaa)	Valor a pagar
13/11/2025*	413300.00

*Pasada esta fecha se genera [illegible] de mora

Información de la planilla

ARL SURA	7500
Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	227000
Compensar EPS	178000

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

Banco de Bogotá
Banco AV Villas
Banco de Occidente

Diligencie el formato de recaudo indicando:

- Número de cuenta
- Periodo de pago
- Opción de información: miplanilla.com

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

Pida a [illegible] diligenciado con el pago. El recibo consta de tres (tres) copias: [illegible] para el aportante y la [illegible]

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

8391391478
(Corresponde al número de planilla)

Puntos de pago el mismo día de generación de la planilla:
Punto 4-72, Punto Red, Punto de Pago, Sedes Compensar (Autopista Sur, Av. Primero de Mayo, Kennedy, Calle 26, Avenida 68, Calle 42 y Suba), Banco de Bogotá, Banco de Occidente, Red de Oficinas AV Villas, Almacenes Grupo Éxito.
Puntos de pago el día siguiente al de la generación de la planilla:
Banco AV Villas y Red Cerca.
Si paga la planilla después de la hora de cierre de las operaciones bancarias (3:00 p.m.), en horario adicional, durante los fines de semana o festivos, el pago se verá reflejado el siguiente día hábil.
Información importante: Con el objetivo de evitar inconsistencias le invitamos a **confirmar la información reportada** en la planilla antes de realizar el pago, recuerde que una vez pagada cualquier corrección deberá solicitarla directamente con su(s) Administradora(s).
Conozca las redes de pago para pago presencial a través de las cuales podrá realizar

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

Señor(a): NACIRIS MARIA GUTIERREZ GALVAN
No. Identificación: CC1030584449
Dirección: CARRERA 2A 22 39 SOACHA
Telefono: 2048169
Correo: NACIRISGUTIERREZ@HOTMAIL.COM
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 91391492

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	NACIRIS MARIA GUTIERREZ GALVAN
Tipo y número de identificación	CC1030584449
Número de planilla	91391492
Fecha pago	2025-11-11
Número de autorización pago	2089645
Banco	1083

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

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	7500	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	227800	1
EPS008	Compensar EPS	178000	1

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

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	25-14	1423500	1423500	1423500	0	178000	0	227800	0	7500	0

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

COMPENSAR
NIT 860066942-7
RECAUDO MIPLANILLA

FECHA Y HORA TRANSACCIÓN: 2025/11/11 - 9:14 a. m.
DOCUMENTO: CC 1030584449
NOMBRE USUARIO:
NACIRIS MARIA GUTIERREZ GALVAN
MODULO: KENPAR01
ID PAGO:48460557
.
.
.
NO PLANILLA: 8391391492
PERIODO DE PAGO: noviembre
VALOR PAGADO: $ 413300

NO PLANILLA: 8391391478
PERIODO DE PAGO: octubre
VALOR PAGADO: $ 413300

.
.
.

TOTAL: $ 826600
EFECTIVO: $ 900000
CAMBIO: $ 73400

AÑOS

Identificación aportante: 1030584449
Fecha liquidación: 11/11/2025 9:11:35
Tipo de planilla:
I - Planilla de Independientes
Número de planilla: 8391391492
Periodo liquidación: Noviembre 2025

Fecha límite de pago (dd/mm/aaaa)	Valor a pagar
11/12/2025*	413300.00

*Pasada esta fecha se generarán intereses de mora

Información de la planilla

ARL SURA	7500
Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	227800
Compensar EPS	178000

Novedades reportadas
Retiro 30/11/25

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

Banco de Bogotá
Banco AV Villas
Banco de Occidente

Diligencie el formato de retiro indicando
- Número de cédula
- Periodo de pago
- Operador de información: miplanilla.com

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

Aplica para independientes que han pagado al menos uno de los últimos cuatro (4) períodos de manera estable y solo necesitan presentar novedades.

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

8391391492
(Corresponde al número de planilla)

Puntos de pago el mismo día de generación de la planilla:
Punto 4-72, Punto Red, Punto de Pago, Sedes Compensar (Autopista Sur, Av. Primero de Mayo, Kennedy, Calle 26, Avenida 68, Calle 42 y Suba), Bancos de Bogotá, Banco de Occidente, Red de Cajeros ATH, Almacenes Grupo Éxito.
Puntos de pago el día siguiente al de la generación de la planilla:
Banco AV Villas y Red Caribe.
Si paga la planilla después de la hora de cierre de las operaciones bancarias (3:00 p.m.), en horario adicional, durante los fines de semana o festivos, el pago se verá reflejado el siguiente día hábil.
Información importante: Con el objetivo de evitar inconsistencias le invitamos a **confirmar la información reportada** en la planilla antes de realizar el pago, recuerde que una vez pagada cualquier corrección debera solicitarla

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

CUENTA DE COBRO No.10

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: 055045600018617 5 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 Noviembre 2025**

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

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

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

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

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

Autorizado por:

Emilce Rojas Aguilar
Coordinadora
C.C. 52.278.676

Aprobado por:

Ana Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Shirley Paola Vanegas Prada

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

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO POR CARGO
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
CTO # 1100702025

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

Entregas de cargos totalmente diligenciadas,carnet,chaleco y camiseta por terminación contrato.

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 IEBA), "con las cuatro planeaciones de las tres correspondientes" 2 Horas efectivas(Estar en los salones comunales 15 minutos del inicio de los encuentros grupales)	20%		OK		Planeaciones grupales en digital en el Drive Gran Batalla de Feb a Noviembre, efectuas en sus horarios.
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada entornos educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (EIH)	2.1. Planeación Encuentro en el hogar (1 por cada participante) 2.2 Cronograma de Visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/o _____encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atención correspondiente.	20%		OK		Planeaciones Hogar en Digital en el Drive Gran Batalla, donde esta mes por mes.
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentación requerida tanto en físico como en drive (50)	1. Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 2. Acomodación de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada UA y sus UA 3. Digitalización de cada una de los documentos de los participante del GA _ 4. Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas al 100% por cierre de contrato. 3.5.Carpetas roturadas y foliadas al 100% con la documentación y orden indicado en el plan de gestión documental	5%		OK		Se entrega 50 carpetas en Físico Foliadas deacuerdo al orden del listado de la Caja del 1 al numeral 50.
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo el el ultimo viernes de cada mes sus ingresos y egresos _____durante el mes de Octubre.	1. Formato de ingresos y egresos _____en el mes octubre 2. Soportes de egreso deben estar para el cierre según lo que indica el plan de gestión documental foliados y completos. 3. Soportes de ingreso	10%		OK		Se entrega Carpeta de egresos del año 2025, organizado por mes deacuerdo al Formato de Novedades. , Foliado
		5.Entrega de Formatos de RAM, Refrigerios,Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.	1. Formato RAM 2. Refrigerios 3. Formato RPP 4. Fotografías uno a uno de la entrega de RPP - en power Point 5. Formato de Bienestarina Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni	10%		OK		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o por documentos faltantes	6.1 Formato de novedades al 100% para cierre de contrato.	5%		OK		
		7.Escala cualitativa del desarrollo	7.1.Aplicación de escala. 7.2 Diligenciamiento del formato físico , archivado en cada carpeta y escaneado en el drive de participantes 7.3.Socializarlo escalas realizadas mes anterior. 7.4 Escalas y socialización al 100% para cierre de contrato.	5%		OK		Se diligencio Escala Cualitativa, y se archivo en las carpeta, en Fisico con sus respectivas socializaciones
		8.Microproyectos	8.1. Debe estar listo y contar con las diferentes retroalimentaciones brindadas en los diferentes acompañamientos. Se seleccionará una propuesta que será la ponente el día de experiencias significativas, y debe llevar una muestra por cada UA y participar en el evento el 28 de noviembre.	10%		OK		Fue completado y se finalizo satisfactoriamente cumpliendo con sus objetivos especialmente el propósito central de fin del juego.
		9. Generar espacios y ambientes enriquecidos que felicites el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UD	1. Ambientación de espacios físicos de la UDS, "Cultura cada región" 2. Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 9.3 Asistencia a reflexión pedagógica y cualificación a talento humano.(5%)	15%		OK		Se cumplio con la Ambientacion deacuerdo a los tiempos seguidos en cada encuentro Grupal.
				TOTAL	100%			

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

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	
C.C.	52239035

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	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	
2025-10	2025-10	I	10/11/2025	90926868	$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					
EPS009	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

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

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	APC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-10	I	10/11/2025	90926868	$413.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Extranjero	Suficiente	Suscriptor	Colombiano exterior	Cotizante	IGE	MIT	IRS	TAA	TDP	TAP	VTE	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	D			N																		25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	178.600	14-11	1.423.500	I	7.500		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>

PSE - Transacción Aprobada ☑ CUS 1861950613

1 mensaje

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co> 18 de octubre de 2025, 9:11
Para: paolavp2008@gmail.com

¡Hola, SHIRLEY PAOLA VANEGAS PRADA!

Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: $ 416.500

Empresa: COMPENSAR-OI

Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha de la transacción: 18/10/2025

CUS: 1861950613

Gracias por utilizar nuestro servicio.



Ten encuenta estos tips de seguridad:

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

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

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	I	18/11/2025	91358545	$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

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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	I	18/11/2025	91358545	$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	Colomb. exterior	Extranjero	Ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	ipl	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	X																25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS036	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	1	7.500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Gmail

PAOLA VANEGAS <paolavp2008@gmail.com>

PSE - Transacción Aprobada ☑ CUS 1938006784

1 mensaje

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co> 18 de noviembre de 2025, 15:54
Para: paolavp2008@gmail.com

pse

¡Hola, SHIRLEY PAOLA VANEGAS PRADA!

Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: $ 413.300

Empresa: COMPENSAR-OI

Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha de la transacción: 18/11/2025

CUS: 1938006784

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: NOVIEMBRE Día: 30 Año: 2025

CUENTA DE COBRO No. 10

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: 0550488455991387 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 noviembre 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 Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

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

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

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO POR CARGO
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
CTO # 11007862025

Entregas de cargos totalmente diligenciadas,cerrrat,chaleco y camiseta por terminación contrato.

	EIH KENNEDY
NOMBRE:	Deisy Daza
	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	NOVIEMBRE

FASE	PASO 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 sus cuatro planeaciones de las áreas correspondientes" 3 Horas, efectivas (estar en los salones comunales 15 minutos del inicio de los encuentros grupales)	20%	NOV	Ok		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (EIH)	2.1. Planeación Encuentro en el hogar (1 por cada participante) 2.2 Cronograma de Visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de las 96 y/o ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atención correspondiente.	20%	NOV	Ok		48 Visitas
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentación requerida tanto en físico como en drive (SO)	3.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Acomodación de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada UA y un UA. 3.3 Digitalización de cada una de los documentos de los participantes del GA , 3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas al 100% por cierre de contrato. 3.5.Carpetas rotuladas y foliadas al 100% con la documentación y ordenbridado en el plan de gestión documental	5%	NOV	Ok		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo el número exacto de cada uno sus ingresos y egresos ____ durante el mes de Octubre.	4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes octubre 4.2 Soportes de egreso deben estar para el cierre según lo que indica el plan de gestión documental foliados y completos. 4.3 Soportes de ingreso	10%	NOV	Ok		
		5.Entrega de Formatos de BAM, Refrigerios, Rpp y Bienestarina en fechas mensuales.	5.1 Formato BAM 5.2 Refrigerios 5.3 Formato RPP 5.4 Fotografías mes a mes de la entrega de RPP - en power Point 5.5 Formato de Bienestarina	10%	NOV	Ok		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o por documentos faltantes	6.1 Formato de novedades al 100% para cierre de contrato.	5%	NOV	Ok		
		7.Escala cualitativa del desarrollo	7.1.Aplicación de escala. 7.2 Diligenciamiento del formato físico , archivado en cada carpeta y escaneado en el drive de participantes 7.3.Socialización escalas realizadas mes anterior. 7.4.Entrega y socialización al 100% para cierre de contrato	20%	NOV	Ok		
		8.Mi Emprendyectos	8.1. Debe estar listo y contar con las diferentes retroalimentaciones aplicadas en los diferentes acompañamientos. Se seleccionará una propuesta que será la ponente el día de experiencias significativas, se debe llevar una muestra por cada UA y participar en el evento el 28 de noviembre.	10%	NOV	Ok		
		9. Disponer espacios y ambientes enriquecidos que faciliten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	9.1 Ambientación de espacios (áreas de la UDS, "Cultura cuidadana") 9.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 9.3 Asistencia a reflexión pedagógica y cualificación a talento humano.(5%)	15%	NOV	Ok		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Deisy Daza
NOMBRE:	Deisy Daza
C.C.	52983254

FIRMA COORDINADORA	Emilce P
NOMBRE:	Emilce Pales
C.C.	52996426

VBºEMC

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: 8391034796

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	8391034796
Fecha pago	2025-11-07
Número de autorización pago	33610361
Banco	1023

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

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

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
Planilla Asistida Compensar

Número de planilla
8391034796

¿Cuánto?
$ 413.300.00

Fecha
06 de noviembre de 2025 a las 04:31 p. m.

Referencia
M13227944

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: 8391498092

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	8391498092
Fecha pago	2025-11-20
Número de autorización pago	35784080
Banco	1023

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

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

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

C EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
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
Planilla Asistida Compensar

Número de planilla
8391498092

¿Cuánto?
$ 413.300,00

Fecha
19 de noviembre de 2025 a las 05:11 p. m.

Referencia
M14108711

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

CUENTA DE COBRO No. 2

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
APC2025-EIH- CON083

NOMBRE: JULLY STEFFANNY SAENZ BUCURU
CEDULA: 1.023.009.768
CUENTA BANCARIA: 0550048455722634 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 noviembre 2025**

CONCEPTO: Profesional Psicosocial – EIH Kennedy Gran Britalia - 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:

Emilce Rojas Aguilar
Coordinadora
C.C. 52.278.676

Aprobado por:

Ana Rocio Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Jully SAENZ

NOMBRE: JULLY STEFFANNY SAENZ BUCURU
C.C. 1.023.009.768
DR. Calle 40 f sur #77ª 10 Kennedy
Teléfono: 3103474759 / jullysa_11@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 # 1300705 2025
Entregas de cargos totalmente diligenciadas,carnet,chaleco y camiseta por terminación contrato.

PROGRAMA	ERI KENNEDY
NOMBRE	JULLY STEFFANNY SAENZ BUCURU
CARGO	PSICOSOCIAL
PERIODO y FECHA	NOVIEMBRE

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 cuidadoras 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. 1.3 Cerrar carpetas de participantes con atenciones al 100%	10%	30/11/2025	OK		
		2. Implementa acciones de articulación con autoridades, instituciones, servicios sociales, comunidades y los diferentes actores de su territorio, para promover redes protectores para los niños, los niños y las mujeres gestantes. [MINIMO 2 gestiones, por profesional psicosocial]	2.1. Cartas de gestión con radicado y/o evidencia del correo enviado(2 efectivas) 2.2. Matriz de Gestión Interinstitucional Septiembre unificada por las 3 UDS. 2.3. Apoyar y participar de la jornada de experiencias significativas 24 de noviembre. 2.4.Cierre de articulaciones cumpliendo con las solicitadas en la base.	10%	30/11/2025	OK		
		3. Validación criterios de focalización junto con el documento de identidad, de los nuevos ingresos, NOVIEMBRE	3.1 Formato Visita Criterios de Focalización 6 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 6 , a los cuales no aplica visita. Se carga la totalidad de Criterios de Focalización de 6 Participantes correspondientes 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 focalización unificado por UDS Nota :Los criterios deben estar cargados al 100%. 3.5.Criterios al 100 %para cierre de contrato.	15%	30/11/2025	OK		
		4. Realización procesos de caracterización, de ___ ingresos para agosto de las Unidades delegadas en el territorio.	4.1 Registro de Nuevos participantes, en el formato (f29.mo12.pp_formato_ficha_de_caracterizacion_para_los_servicios_de_atencion_a_la_primera_infan	15%	30/11/2025	OK		
		5.Formación a familias De acuerdo a los temáticos del mes.	5.1planeaciones 5.2 Acta con firmas.	10%	30/11/2025	OK		
		6. Procesos de Formación y cualificación el Talento Humano de acuerdo con el tema del Plan de Formación al TH	6.1 Acta, Registro Fotográfico y Firmas 6.2 Asistencia a reflexión pedagógica y cualificación a talento humano (5%)	10%	30/11/2025	OK		
		7.Control Social y Proceso de buzón de sugerencias y control social, (proceso en compañía del comité de control Social).	7.1. Acta de apertura buzón de sugerencias 1 por UDS 7.2 Evidencias fotográficas. 7.3 Acta Reunión Control Social, acompañamiento	5%	30/11/2025	OK		
		8.Seguimiento a población migrante y desplazados.	8.1 Base Excel población migrante y desplazados, Formatos APC 1 por UDS	5%	30/11/2025	OK		
		9.Activacion de rutas según sea el caso	9.1 Formatos de seguimientos, remisiones. 9.2 Matriz de seguimiento a casos , Priorizados y remitidos (Formato APC). 9.3.Cierre de casos al 100% por terminación de contrato.	5%	30/11/2025	OK		
		10. Acompañar y apoyar la entrega de RPP	10.1 Acta de verificación de la RPP con el comité de control social en compañía de la Nutricionista 1 por UDS 10.2 Presencia en el espacio	5%	30/11/2025	OK		
		11.Seguimiento a casos de transito armónico	11.1 Realizar acta con la sensibilización y gestión de los casos que requieren orientación para el transito armónico 11.2 Base de tránsito armónico 1 por UDS	5%	30/11/2025	OK		
		12. Informe de gestión mensual en el formato FB contractual y general de acciones	12. Formato de informe – Enviado por Coordinación Drive 12.1 FB de acciones I Datos de casos garantía de derechos II Acciones realizadas de cualificación III Dificultades del componente en el mes 12.2 FB contractual	5%	30/11/2025	OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Jully Saenz
NOMBRE:	JULLY STEFFANNY SAENZ BUCURU
C.C.	1023008768

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	
C.C.	

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 1023009768		SAENZ BUCURU JULLY STEFFANNY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 20 n 8-06 BARRIO FINDADORES	SALDAÑA-TOLIMA	1234567	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1908496800	949405511	I	2025/11/19	2025/11/06	BANCO DAVIVIENDA	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
PORVENIR	230301	800,224,808	8	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
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$420,700	$0	$0	$420,700

2025/11/06 10:17 AM

Powered by CamScanner

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1023009768		SAENZ BUCURU JULLY STEFFANNY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 20 n 8-06 BARRIO FINDADORES	SALDAÑA-TOLIMA	1234567	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1908496800	9494055111	I	2025/11/19	2025/11/06	BANCO DAVIVIENDA	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: SALDAÑA Depto: TOLIMA (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$14,900		$0	$0
1	CC	1023009768	SAENZ JULLY	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,423,500	$14,900	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$14,900		$0	$0

2025/11/06 10:17 AM

Powered by CamScanner

Resultado de su transacción

Destino de pago
APORTES EN LINEA

Motivo
Pago de la Planilla de aportes con clave: 9494055111

Número de Aprobación
00496800

Fecha
06/11/2025

Dirección IP
191.156.146.226

Valor transacción
$420.700,00

Costo de la transacción
$ 0,00 IVA incluido

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 1023009768		SAENZ BUCURU JULLY STEFFANNY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 20 n 8-06 BARRIO FINDADORES	SALDAÑA-TOLIMA	1234567	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11	1944928644	9495040825	I	2025/12/16	2025/11/21	BANCO DAVIVIENDA	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
PORVENIR	230301	800,224,808	8	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
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$420,700	$0	$0	$420,700

2025/11/21 08:57 AM

Powered by CamScanner

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1023009768		SAENZ BUCURU JULLY STEFFANNY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 20 n 8-06 BARRIO FINDADORES	SALDAÑA-TOLIMA	1234567	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11	1944928644	9495040825	I	2025/12/16	2025/11/21	BANCO DAVIVIENDA	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: SALDAÑA Depto: TOLIMA (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$14,900		$0	$0
1	CC 1023009768	SAENZ JULLY	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,423,500	$14,900	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$14,900		$0	$0

2025/11/21 08:57 AM

Powered by CamScanner

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
1944928644

Destino de pago
APORTES EN LINEA

Motivo
Pago de la Planilla de aportes con clave: 9495040825

Fecha
21/11/2025

Número de aprobación
00928644

Dirección IP
136.226.122.111

Valor transacción
$ 420.700,00

Costo de la transacción
$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
186.102.68.144. 136.226.122.111	CC	1023009768

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

CUENTA DE COBRO No. 10

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: 0550488456124657 BANCO: DAVIVIENDA AHORRO __ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: ($3.561.317) TRES MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y UN MIL TRECIENTOS DIECISIETE PESOS M/CTE.
PERIODO: **Fase Atención Noviembre 2025**

CONCEPTO: Psicosocial – EIH Kennedy Gestando Futuro Gran Britalia y Triunfadoras - del contrato N.11007062025. Con 200 Cupos.

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

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

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

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

Autorizado por:

Emilce Rojas Aguilar
Coordinadora
C.C. 52.278.676

Aprobado por:

Ana Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: YURI ALEXANDRA GARCIA AVILA
C.C. 1.032.378.513
DR. CR 70 B 05 B 06
Telefono:3186669533/ alexandrapsicosocial03@gmail.com

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

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO POR CARGO
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
CED # 1.007063025
Entregas de cargos totalmente diligenciados, carnet, chaleco y camiseta por terminación contrato.

PROGRAMA	EIH KENNEDY
NOMBRE	Ana Alexandra Garcia Avila
CARGO	PSICOSOCIAL
PERIODO y PECH	NOVIEMBRE

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. 1.3 Cerrar carpetas de participantes con atenciones al 100%	10%		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 gestión con radicado y/o evidencia del correo enviado(2 efectivas) 2.2. Matriz de Gestión Interinstitucional septiembre unificada por las 3 UDS. 2.3. Apoyar y participar de la jornada de experiencias significativas 24 de noviembre. 2.4.Cierre de articulaciones cumpliendo con las solicitadas en la base.	10%		ok		
		3. Validación criterios de focalización junto con el documento de identidad, de los nuevos ingresos, NOVIEMBRE	3.1 Formato Visita Criterios de Focalización 3 para los casos de ingreso nuevos que apliques 3.2. Subir al drive creado por grupo territorial, los criterios de focalización de los participantes nuevos 10, a los cuales se aplica visita. Se carga la totalidad de Criterios de Focalización de 3 Participantes correspondientes 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 focalización unificada por UDS Nota: Los criterios deben estar cargados al 100%. 3.5 Criterios al 100 % para cierre de contrato.	15%		ok		
		4. Realización procesos de caracterización, de ___ ingresos para agosto de las unidades delegadas en el territorio.	4.1 Registro de Talleres participantes, en el formato (fas_mo12_pp_formato_ficha_de_caracterizacion_para_los_servicios_de_atencion_a_la_primera_infancia_v2). 4.2.Caracterizacion	15%		ok		
		5.Formación a familias De acuerdo a las temáticas del mes.	5.1 planeaciones 5.2 Acta con firmas.	10%		ok		
		6. Procesos de Formación y cualificación al Talento Humano de acuerdo con el tema del Plan de Formación al TH	6.1 Acta, Registro fotográfico y Firmas 6.2 Asistencia a reflexión pedagógica y cualificación a talento humano (5%)	10%		ok		
		7.Control Social y Proceso de buzón de sugerencias y control social. (proceso en compañía del comité de control Social).	7.1. Acta de apertura buzón de sugerencias 1 por UDS 7.2 Evidencias fotográficas. 7.3 Acta Reunión Control Social, acompañamiento	5%		ok		
		8.Seguimiento a población migrante y desplazados.	8.1 Base Excel población migrante y desplazados, Formatos APC 1 por UDS	5%		ok		
		9.Activacion de rutas según sea el caso	9.1 Formatos de seguimientos, remisiones. 9.2 Matriz de seguimiento a casos, Priorizados y remitidos (Formato APC). 9.3 Cierre de casos al 100% por terminación de contrato.	5%		ok		
		10. Acompañar y apoyar la entrega de RPP	10.1 Acta de verificación de la RPP con el comité de control social en compañía de la Nutricionista 1 por UDS 10.2 Presencia en el espacio	5%		ok		
		11.Seguimiento a casos de tránsito armónico	11.1 Realizar acta con la sensibilización y gestión de los casos que requieran orientación para el tránsito armónico 11.2 Base de tránsito armónico 1 por UDS	5%		ok		
		12. Informe de gestión mensual en el formato FB contractual y general de acciones	12. Formato de informe – Enviado por Coordinación Cirha 12.1 FB de acciones Datos de casos garantía de derechos Acciones Realizadas de cualificación Dificultades del componente en el mes	5%		ok		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Ana Alexandra Garcia Avila
NOMBRE:	
C.C.	1031160512

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	
C.C.	

Vo Bo
Elkin

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-10	2025-10	32638159	9493384573	1	2025/11/06	2025/11/04	BANCO DE OCCIDENTE	0	$413,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,500	$0	$0	$7,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$7,500	$0	$0	$7,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$413,300	$0	$0	$413,300

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 1032378513		GARCIA AVILA YURI ALEXANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 70B # 05B 06	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1234567	No

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 irt 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	1032378513	GARCIA YURI	25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,423,500	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

AVAL

CORRESPONSAL BANCARIO
BANCO DE OCCIDENTE SA
Puntored no te cobra por esta
transacion
PAGO DE PLANILLAS

TRANSACCIÓN EXITOSA

Fecha	01/11/2025
Hora	11:02:16
Terminal	347670
Convenio	PILA PLANILLA ASISTIDA APORTES EN LINEA
Cod. Convenio	1506
Comercio	477883
No. aprob Banco	638159
Referencia	9490384571
No. aprob Puntored	001276338167
Valor	$413,300
Usuario de Venta	JORGE EDUARDO PRIE

Línea de atención Nacional
01 8000 512525 Opcion 2 Email:
corresponsalaval@ventayconvenios
.com.co
BANCO DE OCCIDENTE
VIGILADO SUPERINTENDENCIA
FINANCIERA DE COLOMBIA

aportes en línea

Resumen General de Pago

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11	93645917	9494828517	I	2025/12/03	2025/11/18	BANCO DE OCCIDENTE	0	$413,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,500	$0	$0	$7,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$7,500	$0	$0	$7,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$413,300	$0	$0	$413,300

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	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-11	2025-11	93645917	9494828517	I	2025/12/03	2025/11/18	BANCO DE OCCIDENTE	0	$413,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
1	CC	1032378513	GARCIA YURI	25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,423,500	$7,500	0	$0	$0
Total Afiliados(1)						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0

2025/11/18 04:17 PM

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9615828812 DV: 612631
Cliente:113237 PLANILLAS AVAL Aportes en Linea Arus Compensar Asopagos Simple Mi Plan
Fecha: 18/11/2025 13:32:57
PAP: 905078
Nombre: yuri
Apellido 1: garcia
NUM PLANILLA: 9494828517
TIPO DE IDENTIFICACION: CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO IDENTIFICACION: 1032378513
PERIODO: 202511
Referencia: 9494828517Valor: $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: NOVIEMBRE 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 -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 noviembre 2025**

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

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

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

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

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

Autorizado por:

Emilce Rojas Aguilar
Coordinadora
C.C. 52.278.676

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: JOHANNA ANDREA CONTRERAS 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
CPC # 1100706202S

Entregas de cargos totalmente diligenciadas,carnet,chaleco y camiseta por terminación contrato.

PROGRAMA	EM GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	
CARGO	NUTRICIONISTA
PERIODO y FECHA	NOVIEMBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCIÓN		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 Noviembre.	1.1 Planeación cargada al drive 1.2 Realización de los talleres, de las UAS entregadas 1.3 Acta de proceso con listados de asistencias en físico y digital, promoción en la unidad 1.4. Registro fotográfico.	10%				
		2. Cualificación al Talento Humano, según Cronograma de estrategia IEC (Información Educación y Comunicación en SAN) Temas de Noviembre de acuerdo al plan de formación a talentohumano	2.1 Planeación cargada al drive 2.2 Acta de proceso con listados de asistencias en físico y digital. 2.3 Registro Fotográfico 2.4. Asistencia a reflexión pedagógica y cualificación a talento humano.(5%)	30%				
		3. Tamboleo a participantes nuevos en el mes y participantes que cumplieron 3 meses de atención.	3.1. Formato F6 y F7 según corresponda 3.2.Formato perimetro brequial si quien corresponda APC)(Toma de talla y peso teniendo encuenta la vinculación a la modalidad) 3.3.Tamboleo cierre del contrato	20%				
		4. Cargar a la plataforma Cuéntame los datos correspondientes a las tomas iniciales, de los ingresos del mes.	4. Descargar del Excel , generado en aplicativo CUENTAME, donde se encuentren filtrados los participantes ingresados máximo 8 días después del ingreso. 4.1 Actualización formato F6 4.3 Actualización formato F7 4.5 Cierre a casos del contrato	15%				
		5. Seguimiento Nutricional a Casos (Casos Evento 113, Casos de Desnutrición reporte cuéntame y Casos de Riesgo de desnutrición aguda reporte cuéntame)	Casos Desnutrición: 5.1. Remisión a salud 5.2 soporte con de 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, 2a tenciones en salud, 3.Educación alimentaria y nutricional(cargue cuentame) Evento 113: De acuerdo a las solicitudes del CZ los casos que dan de la secretaría de salud sean identificados y notificados como desnutrición aguda, deberán contar con seguimiento y acercamiento a las familias para la validación de servicios recibidos por la EAPB, tales como: 5.7. Entrega de FTLC. 5.8. Consulta de CYD; nutrición, pediatría, alimentos complementarios. 5.9. La información recibida deberá registrarse en formato de acta APC anexando los soportes que la familia entregue.	20%				
		6. Acompañar y apoyar la entrega de RFPP, Reintegros y alternativa .	6.Formatos: 6.1. Formato de Verificación de calidad y cantidad 6.2 Acta de verificación de la RPP con el comité de control social en compañía de la Psicosocial 6.3 Presencia en el evento .	10%				
		7. Acompañar, verificar y apoyar PSB y BPM.	7.Formatos: 7.1. Formatos de limpieza y desinfección 7.2 Actualización de PSB 7.3 Actualización de BPM	5%				
		8.Activación de rutas según sea el caso	8.1 Formatos de seguimientos, remisiones. 8.2 Matriz de seguimiento a casos , Priorizados y remitidos (Formato APC) 8.3.Seguimiento a puerperios(novedades, planeación según corresponda) 8.4.Cierre a casos del contrato.	5%				
		9. Informe de gestión mensual en el formato FB contractual y general de acciones	9. Formato de informe – Enviado por Coordinación Drive 9.1 FB de acciones(Faltantes aps,vacunas,crecimiento y desarrollo, control prenatal y su respectivo seguimiento, cruce FB con base de los 3 alentornes. I Datos de casos con malnutrición II Acciones realizadas de cualificación III Dificultades del componente en clínica 9.2 FB contractual I Aportes a las obligaciones del componente 9.3.Acompañamiento 24 de enero frente al cierre de experiencias pedagógicas y participación del mismo.	5%				
				100%	FIRMA COORDINADORA			

FIRMA CONTRATISTA
NOMBRE:
C.C. 30779091

NOMBRE:
C.C.

VºBº MV

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	
2025-10	2025-10	I	18/11/2025	91513025	$946.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colombiano en el exterior	Desconocido	IRP	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	53077091	CONTRERAS MARIN JOHANNA ANDREA	59	0			N																	23030I	3.000.000	480.000	0	0	0	0	EPS008	3.000.000	375.000	14-11	3.000.000	3	73.100	CCF24	3.000.000	18.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	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	
2025-10	2025-10	I	18/11/2025	91513025	$946.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	375.000	0		0		0	0	0	0	375.000	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	480.000	0	0	0	0	0	0		480.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	73.100				73.100	0	0	73.100			731	73.100	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	18.000	0	0	18.000	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	375.000	375.000
Pensión	1	480.000	480.000
Riesgos Laborales	1	73.100	73.100
CCF	1	18.000	18.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	946.100	946.100

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	I	21/11/2025	91648477	$466.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	185.000	0		0		0	0	0	0	185.000	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	236.800	0	0	0	0	0	0		236.800	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	860903790-5	36.100				36.100	0	0	36.100			361	36.100	1

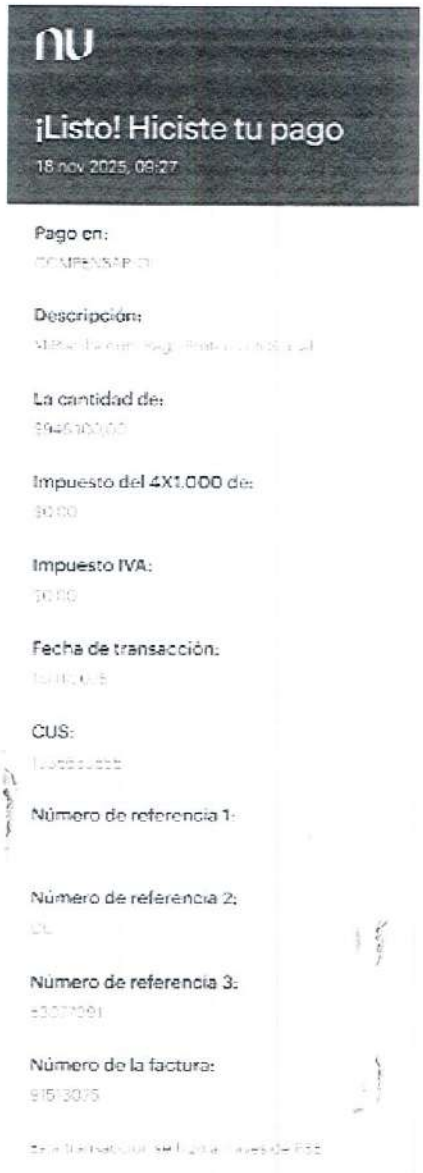
TOTALES CAJAS						
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	8.900	0	0	8.900	1

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

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	185.000	185.000
Pensión	1	236.800	236.800
Riesgos Laborales	1	36.100	36.100
CCF	1	8.900	8.900
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	466.800	466.800

PAGADA

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



¡Listo! Hiciste tu pago

18 nov 2025, 09:27

Pago en:

Descripción:

La cantidad de:

Impuesto del 4X1.000 de:

$0.00

Impuesto IVA:

$0.00

Fecha de transacción:

CUS:

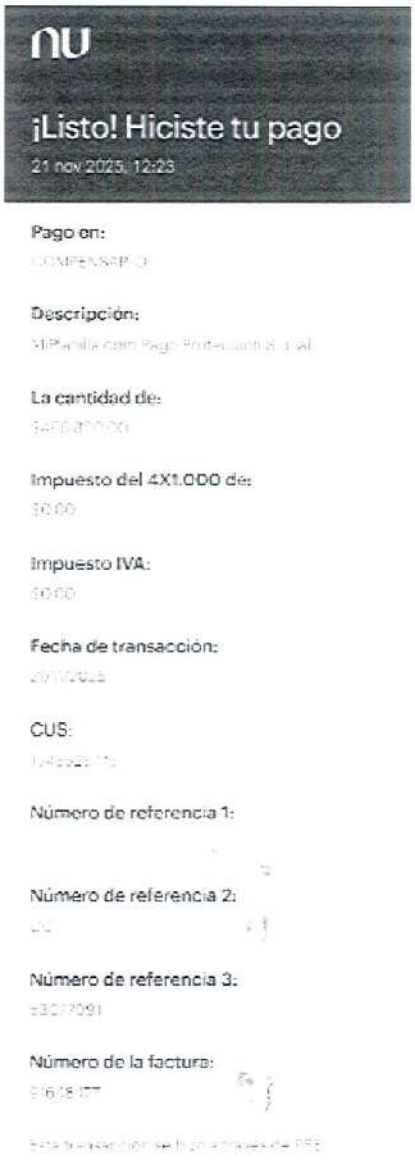
Número de referencia 1:

Número de referencia 2:

Número de referencia 3:

Número de la factura:

PAGO OCTUBRE



¡Listo! Hiciste tu pago

21 nov 2025, 12:23

Pago en:

Descripción:

La cantidad de:

Impuesto del 4X1.000 de:

$0.00

Impuesto IVA:

$0.00

Fecha de transacción:

CUS:

Número de referencia 1:

Número de referencia 2:

Número de referencia 3:

Número de la factura:

PAGO NOVIEMBRE

Ciudad: BOGOTÁ D.C Mes: NOVIEMBRE 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 -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 Noviembre 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 Roció 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 # 210070620225

Entrega de cargos total inmediata diligenciadas,camiseta,chaleco y carnisela por terminación contrato.

PROGRAMA	SIH GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	Judith Lajo
CARGO	NUTRICIONISTA
PERIODO y FECHA	NOVIEMBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCIÓN		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 Noviembre.	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, grabación en la unidad 1.4. Registro fotográfico.	10%				
		2. Cualificación al Talento Humano, según Cronograma de estrategia IEC (Información Educación y Comunicación en SAN) Temas de Noviembre 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 Fotográfico 2.4.Asistencia a reflexión pedagógica y cualificación a talento humano.(5%)	10%				
		3. Tamizaje a participantes nuevos en el mes; y participantes que cumplieron 3 meses de atención.	3.1. Formato F6 y F7 según corresponda 3.2 Formato pertinente bracquial a quien corresponda APC)(Toma de talle y peso teniendo encuesta la vinculación a la modalidad) 3.3. Tamizaje dentro del contrato	20%				
		4. Cargue a la plataforma Cuéntame los datos correspondientes a las tomas iniciales, de los ingresos del mes.	4. Cargue del local , generado en aplicativo CUENTRAME, donde se encuentren filiados los participantes ingresados máximo 8 días después del ingreso. 4.1 Actualización formato F6 4.2 Actualización formato FT 4.3 Cierre a casos del contrato	15%				
		5. Seguimiento Nutricional a Casos (Casos Evento 113, Casos de Desnutrición reporte cuéntame y Casos de Riesgo de desnutrición aguda reporte cuéntame)	Casos Desnutrición: 5.1. 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 tiempos oral de las participantes con riesgo. 5.5.1.Evidencias cargue riesgo desnutrición.2Atenciones en casa,3.Educación alimentaria y nutricional.cargue cuéntame) **Evento 113: De acuerdo a las solicitudes del CZ los casos que desde la secretaria de salud sean identificados y notificados como desnutrición aguda, deberán contar con seguimiento y acercamiento a las familias para la validación de servicios recibidos por la EAPB, tales como:** 5.7. Entrega de FTLC; 5.8. Consulta de CTD; nutrición, pediatría, odontología complementarios. 5.9. la información recibida deberá registrarse en formato de acta APC anexando los soportes que la familia entregue.	25%				
		6. Acompañar y apoyar la entrega de RFPP, Refrigerios y Bloc estarina.	6.Formatos: 6.1. Formato de Verificación de calidad y cantidad 6.2 Acta de verificación de la RPP con el comité de control social en compañía de la Psicosocial 6.3 Presencia en el espacio	10%				
		7. Acompañar, verificar y apoyar PSB y BPM.	7.Formatos: 7.1. Formatos de limpieza y desinfección 7.2 Actualización de PSB 7.3 Actualización de BPM	5%				
		8.Activación de rutas según sea el caso	8.1 Formatos de seguimientos, remisiones. 8.2 Matriz de seguimiento a casos.. Priorizados y remitidos (Formato APC) 8.3.Seguimiento a puerperios(novedades, planeación según corresponda) 8.4.Cierre a casos del contrato.	5%				
		9. Informe de gestión mensual en el formato FB contractual y general de acciones	9. Formato de informe – Enviado por Coordinación Drive 9.1 FB de acciones (Faltantes epp, vacunas, crecimiento y desarrollo, control prenatal y su respectivo seguimiento, cierre FB con base de las 7 atenciones. I Datos de casos con malnutrición II Acciones realizadas de cualificación III Dificultades del componente en el mes 9.2 FB contractual I Aportes a las obligaciones del componente 9.3.Acompañamiento 24 de noviembre el cierre de experiencias pedagógicas y participación del maano.	5%				
FIRMA CONTRATISTA				100%	FIRMA COORDINADORA			
NOMBRE: Judith Lajo C.C. 44.180.997					NOMBRE: C.C.			

ppb 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 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
2025-10	2025-10	1944614925	9494224317	I	2025/11/25	2025/11/21	BANCOLOMBIA	0	$440,500

RESUMEN DE PAGO

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

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
2025-10	2025-10	1944614925	9494224317	I	2025/11/25	2025/11/21	BANCOLOMBIA	0	$440,500

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	$34,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
1	CC	44160991	REINA JUDITH	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

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:	179.33.234.201
Estado de la transacción:	APROBADA
Clave planilla:	9494224317
Valor:	440.500
Periodo de pago:	2025-10
No Transacción (CUS):	1944614925
Fecha:	2025/11/21
Banco:	BANCOLOMBIA
Descripción :	Pago de la planilla de aportes con clave: 9494224317
Aportes en linea:	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 Linea. Todos los derechos reservados.

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	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3186634410	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11	1944636970	9495022746	I	2025/12/22	2025/11/21	BANCOLOMBIA	0	$440,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
1	CC 44160991	REINA JUDITH	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

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	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3186634410	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11	1944636970	9495027746	I	2025/12/22	2025/11/21	BANCOLOMBIA	0	$440,500

RESUMEN DE PAGO

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

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:	179.33.234.201
Estado de la transacción:	APROBADA
Clave planilla:	9495027746
Valor:	440.500
Período de pago:	2025-11
No Transacción (CUS):	1944636970
Fecha:	2025/11/21
Banco:	BANCOLOMBIA
Descripción :	Pago de la planilla de aportes con clave: 9495027746
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: BOGOTA D.C Mes: NOVIEMBRE 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-CON070

NOMBRE: JENIFER CONTRERAS YATE
CEDULA: 1.030.602.668
CUENTA BANCARIA:055045600018616 7 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 noviembre 2025**

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

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

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

Autorizo me sea descontada la suma de.

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

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

Autorizado por:

Emilce Rojas Aguilar
Coordinadora
C.C. 52.278.676

Aprobado por:

Ana Rocio Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Jenifer Contreras yate

NOMBRE: JENIFER CONTRERAS YATE
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 # 11007052025

PROGRAMA	EBI KENNEDY
NOMBRE	JENIFER CONTRERAS
CARGO	APOYO PEDAGOGICO
PERIODO y FECHA	NOVIEMBRE

Entregas de cargos totalmente diligenciadas,carnet,chaleco y camiseta por terminación contrato.

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 mediante encuentros grupales	1.1 Planeación Grupal, mínimo de dos encuentros, durante el mes (Formato ICBF), "con las cuatro planeaciones de las áreas correspondientes" 2 Horas efectivas(Estar en los salones comunales 15 minutos del inicio de los encuentros grupales)	20%		ok		Planeaciones grupales en digital en el drive Gran bretaña de, marzo a noviembre, efectivamente. En sus horarios.
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (Efi)	2.1. Planeación Encuentro en el hogar (1 por cada participante) 2.2 Cronograma de Visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/o _____encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atención correspondiente.	20%		ok		Planeaciones hogar en digital en el drive; Gran bretaña donde esta mes por mes.
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentación requerida tanto en físico como en drive (50)	1. Seguimiento mediante lalfate de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 2. Acomodación de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3. Digitalización de cada uno de los documentos de los participante del GA _ 4. Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas al 100% por cierre de contrato. 5.5.Carpetas rotuladas y foliadas al 100% con la documentación y orden indicado en el plan de gestión documental	5%		ok		Se entrega 50 carpetas en físico foliados de acuerdo al orden del listado de la caja de 7 al numero 50
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo el el último viernes de cada mes sus ingresos y egresos _____durante el mes de Octubre	1. Formato de ingresos y egresos _____en el mes octubre 2. Soportes de egreso deben estar para el cierre según lo que indica el plan de gestión documental foliados y completos. 3. Soportes de ingreso	10%		ok		Se entrega Carpeta de egresos del año 2025, organizada por mes de acuerdo al formato de novedades.
		5.Entrega de Formatos de RAM, Refrigerios,Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.	1. Formato RAM 2. Refrigerios 3. Formato RPP 4. Fotografías una a una de la entrega de RPP - en power Point 5. Formato de Bienestarina Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni	10%		ok		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o por documentos faltantes	6.1 Formato de novedades al 100% para cierre de contrato	5%		ok		
		7.Escala cualitativa del desarrollo	7.1.Aplicación de escala. 7.2 Diligenciamiento del formato físico, archivado en cada carpeta y escaneado en el drive de participantes 7.3.Socializarlo escalas realizadas mes anterior. 7.4 Escalas y socialización al 100% para cierre de contrato.	5%		ok		Se diligencia escala cualitativa y se archivo en las carpetas y su socialización.
		8.Microproyectos	8.1. Debe estar listo y contar con las diferentes retroalimentaciones brindadas en los diferentes acompañamientos. Se seleccionará una propuesta que será la ponente el día de experiencias significativas, y debe llevar una muestra por cada GA y participar en el evento el 26 de noviembre.	30%		ok		Fue completado y se finalizo satisfactoria mente cumplido con todo lo relacionado.
		9. Generar espacios y ambientes enriquecidos que felicitan el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UO	1. Ambientación de espacios físicos de la UDS, "Cultura cada región" 2. Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 9.3 Asistencia a reflexión pedagógica y cualificación a talento humano (5%)	15%		ok		Se realizo ambientación a los espacios de acuerdo al cada temática.
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Jenifer Contreras
NOMBRE:	Jenifer Contreras
CC	1020682668

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Shirley
C.C.	52 [illegible]

APB e MW

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1917501890	9493955581	I	2025/11/19	2025/11/10	NEQUI	0	$413,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,500	$0	$0	$7,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$7,500	$0	$0	$7,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$413,300	$0	$0	$413,300

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

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					**$1,423,500**	**$227,800**			**$1,423,500**	**$178,000**			$0	$0			**$1,423,500**		**$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	1030602668	CONTRERAS JENIFER																	25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	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**

¡Hola, Jenifer Contreras Yate!

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: 9493955581

Fecha de la transacción: 10/11/2025

CUS: 1917501890

Gracias por utilizar nuestro servicio.

Ten encuenta estos tips de seguridad:

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

Para mayor información comunicate con nosotros:

En Bogotá: +57 (601) 3808890 Opción 5

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

pse Un servicio de ach COLOMBIA

ACH Colombia Oficial @ACHColombia_

ACHColombiaOficial ACH Colombia Oficial

aportes en línea

Planilla Integrada

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA o ICBF
CC 1030602668		CONTRERAS YATE JENIFER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 52S UR N 97C - 20	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3234689889	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11	9494609781	9494609781	N	2025/12/30	2025/11/11		0	50

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO								
No.	Tipo id	No id	Nombre	Tipo Cotizante	Horas Laboradas	Extranjero	Temp. Ext.	Fecha Radicación en el Exterior
1	CC	1030602668	CONTRERAS YATE JENIFER	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes	0	No	No	
2	CC	1030602668	CONTRERAS YATE JENIFER	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes	0	No	No	

No.	NOVEDADES																									
	ing	Fecha ing	ret	Fecha ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	Fecha Inicio vsp	cor	vst	sln	Fecha Inicio sln	Fecha Fin sln	ige	Fecha Inicio ige	Fecha Fin ige	lma	Fecha Inicio lma	Fecha Fin lma	vac-lr	Fecha Inicio vac-lr	Fecha Fin vac-lr	avp	vı
1											A															
2			X	2025/11/30							C															

Total **Afiliados(1)**

¡Hola, Jenifer Contreras Yate!

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: 9494560352

Fecha de la transacción: 10/11/2025

CUS: 1917521428

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

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

CUENTA DE COBRO No. 10

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: 0550488456077061 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 noviembre 2025

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

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

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

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

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

Autorizado por:

Emilce Rojas Aguilar
Coordinadora
C.C. 52.278.676

Aprobado por:

Ana Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Karenth Junco

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

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

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO POR CARGO
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
CTO # 310078820 25

Entregas de cargos totalmente diligenciadas,carnet,chaleco y camiseta por terminación contrato.

SEDE	EIH KENNEDY
NOMBRE	Karen Jinco
CARGO	APOYO PEDAGOGICO
PERIODO y FECHA	NOVIEMBRE

BASE	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 correspondientes" 2 Horas efectivas(Estas en los salones comunales 15 minutos del inicio de los encuentros grupales)	20%	noviembre	Ok		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (EIH)	2.1. Planeación Encuentro en el hogar (1 por cada participante) 2.2 Cronogramas de Visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/o 48 encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atención correspondiente.	20%	noviembre	Ok		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentación requerida tanto en físico como en drive (SO)	3.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Acomodación de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalización de cada uno de los documentos de los participantes del GA 3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (5 carpetas) 3.5.Carpetas recibidas y foliadas al 100% con la documentación y orden indicado en el plan de gestión documental	5%	noviembre	Ok		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo el el último viernes de cada mes sus ingresos y egresos ____durante el mes de Octubre.	4.1 Formato de ingresos y egresos 3 en el mes octubre 4.2 Soportes de egreso deben estar para el cierre según lo que indica el plan de gestión documental foliados y completos. 4.3 Soportes de ingreso	10%	noviem	Ok		
		5.Entrega de Formatos de RAM, Refrigerios, Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.	5.1 Formato RAM 5.2 Refrigerios 5.3 Formato RPP 5.4 Fotografías uno a uno de la entrega de RPP - en power Point 5.5 Formato de Bienestarina Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni	10%	noviembre	Ok		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o por documentos faltantes	6.1 Formato de novedades al 100% para cierre de contrato.	5%	noviembre	Ok		
		7.Escala cualitativa del desarrollo	7.1.Aplicación de escala. 7.2 Diligenciamiento del formato físico , archivado en cada carpeta y escaneado en el drive de participantes 7.3 Socializarlo escalas realizadas mes anterior. 7.4 Escalas y socialización al 100% para cierre de contrato.	5%	noviembre	Ok		
		8.Microproyectos	8.1. Debe estar listo y contar con las diferentes retroalimentaciones brindadas en los diferentes acompañamientos. Se seleccionará una propuesta que será la ponente el día de experiencias significativas. se debe llevar una muestra por cada GA y participar en el evento el 24 de noviembre.	10%	noviembre	Ok		
		9. Generar espacios y ambientes enriquecidos que feliciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a los intencionalidades de la UDS	9.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS, "Cultura cada región"" 9.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 9.3 Asistencia a reflexión pedagógica y cualificación a talento humano.(5%)	15%	noviembre	Ok		
			TOTAL	100%				

VoBo EMW

FIRMA CONTRATISTA	Karen Jinco
NOMBRE:	Apoyo pedagogico
CC.	52430419

FIRMA COORDINADORA	Emilce R
NOMBRE:	Emilce Rojas
C.C.	52382618

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

Señor(a): KARENTH JEANNETH JUNCO
No. Identificación: CC52932713
Dirección: CALLE 73 89 A 23
Telefono: 0000000
Correo: karenth.12junco@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 91331767

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	KARENTH JEANNETH JUNCO
Tipo y número de identificación	CC52932713
Número de planilla	91331767
Fecha pago	2025-11-10
Número de autorización pago	2087699
Banco	1083

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

PAGADA

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

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

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	230201	1423500	1423500	1423500	0	178000	0	227600	0	7500	0

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

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

Señor(a): KARENTH JEANNETH JUNCO
No. Identificación: CC52932713
Dirección: CALLE 73 89 A 23
Telefono: 0000000
Correo: karenth.12junco@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 91331774

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	KARENTH JEANNETH JUNCO
Tipo y número de identificación	CC52932713
Número de planilla	91331774
Fecha pago	2025-11-10
Número de autorización pago	2087702
Banco	1083

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

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

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

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

COMPENSAR
NIT 860066942-7
RECAUDO MIPLANILLA

FECHA Y HORA TRANSACCIÓN: 2025/11/08 - 1:21 p. m.
DOCUMENTO: CC 52932713
NOMBRE USUARIO:
KARENTH JEANNETH JUNCO
MODULO: KENMAQ04
ID PAGO:48419208

.
.
.

NO PLANILLA: 8391331774
PERIODO DE PAGO: noviembre
VALOR PAGADO: $ 413300

.
.
.

TOTAL: $ 413300
EFECTIVO: $ 450000
CAMBIO: $ 36700

COMPENSAR
NIT 860066942-7
RECAUDO MIPLANILLA

FECHA Y HORA TRANSACCIÓN: 2025/11/08 - 1:19 p. m.
DOCUMENTO: CC 52932713
NOMBRE USUARIO:
KARENTH JEANNETH JUNCO
MODULO: KENMAQ04
ID PAGO:48419115

.
.
.

NO PLANILLA: 8391331767
PERIODO DE PAGO: octubre
VALOR PAGADO: $ 414000

.

Ciudad: BOGOTÁ D.C Mes: NOVIEMBRE 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 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 Noviembre 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 Florez 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.

VERIFICACION DE CUMPLIMIENTO POR CARGO
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
CTO # 13000 062025

Entregas de cargos totalmente diligenciadas,carnet,chaleco y camiseta por terminación contrato.

CONTRATO	
NOMBRE	Luz Amparo Flórez Castro
CARGO	APOYO PEDAGÓGICO
PERIODO y FECHA	NOVIEMBRE

PASO	PUNTO No	PRODUCTOS A ENTREGAR DURANTE EL MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION		1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias en colonias empresariales grupales	1.1 Planeación Grupal, mínimo de dos encuentros, durante el mes (Formato ICBF), "con las cuales (Planeaciones de los dos encuentros correspondientes" 2 Horas efectivas(distribuidas en las dos sesiones consecutivas 29 minutos cada) Inicio de los encuentros grupales	20%	Nov	OK		
	2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (EHG)	2.1. Planeación Encuentro en el hogar (1 por cada participante) 2.2 Cronograma de Visitas, con las respectivas firmas - que evidencie el Desarrollo de las 50 y/o ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atención correspondiente.	20%	Nov	OK		48 Visitas
	3. Cajetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentación requerida tanto en físico como en drive (SG)	3.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Actualización de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalización de toda una de los documentos de los participantes del GA _ 3.4 Archivo físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas) 3.5.Carpetas rotuladas y foliadas al 100% con la documentación y cada folio debe ir con el sello de gestión	5%	Nov	OK		
	4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo el último viernes de cada mes sus ingresos y egresos ____ durante el mes en Octubre.	4.1 Formato de Ingresos y egresos _____ de el mes de octubre 4.2 Soportes de egreso deben estar para el cierre según lo que indica el plan de gestión documental firmados y completos. 4.3 Soportes de ingreso	10%	Nov	OK		
	5.Entrega de Formatos de RAM, Refrigerios,Rap y Novedades de Facturas al Administrativo.	5.1 Formato RAM 5.2 Refrigerio 5.3 Formato RPI 5.4 Fotografías una a cada de la entrega de RPP - en puntos fijos 5.5 Formato de Bienestarina	10%	Nov	OK		
	6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, grupo, o por documentos faltantes	6.1 Formato de novedades al 100% para cierre de contrato.	5%	Nov	OK		
	7.Escala cualitativa del desarrollo	7.1.Aplicación de cuadro. 7.2 Diligenciamiento del formato talon , archivado en carpeta y escaneado en el drive de participantes 7.3.Socializando escalas realizadas una anterior. 7.4 Escalas y socializadas al 100% para cierre de contrato.	5%	Nov	OK		
	8.Micro proyectos	8.1. Debe caracterizar y contar con las diferentes temáticas alimentadoras brindadas en los diferentes acompañamientos. Se seleccionará una propuesta que será la percepción del día de experiencias significativas, se debe llevar una muestra por cada GA y participar en el encuentro el 24 de noviembre.	10%	Nov	OK		
	9. Generar ambientes y ambientes enriquecidos que faciliten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	9.1 Ampliación de ejemplos físicos de la UDS. "Cultivar cada región" 9.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 9.3 Asistencia a reflexión pedagógica y coordinación a referente humano (SST)	15%	Nov	OK		
			TOTAL	100%			

FIRMA CONTRATISTA	Luz Amparo F
NOMBRE:	Luz Amparo Flórez Castro
CC	1010201231

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	
CC	

UDS 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 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	Días Mora	Valor
2025-10	2025-10	93581369	9493636745	I	2025/11/11	2025/11/11	BANCO DE OCCIDENTE	0	$441.800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$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
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$28,500	$0	$0	$28,500
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	1	$28,500	$0	$0	$28,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$441,800	$0	$0	$441,800

2025/11/11 01:27 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 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
2025-10	2025-10	93581369	9493636745	I	2025/11/11	2025/11/11	BANCO DE OCCIDENTE	0	$441,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$1,423,500	$7,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$1,423,500	$7,500		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$1,423,500	$7,500		$0	$0
1	CC 1010201231	FLOREZ LUZ	230301	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	$7,500	30	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$1,423,500	$7,500		$0	$0

2025/11/11 01:27 PM

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

No. OS: 961662243	OV: 056678
Cliente:113237 PLANILLAS AVAL Aportes en Linea Arus Compensar Asopagos Simple Mi Plan	
Fecha:	11/11/2025 09:31:49
CAP:	996462
Nombre:	xxx
Apellido 1:	xxx
NUM PLANILLA:	9493636745
TIPO DE IDENTIFICACION:	CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO IDENTIFICACION:	1010201231
PERIODO:	202510
Referencia: 9493636745	Valor: $441.800,00

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) 5510101.
servicioalcliente@efecty.com.co
www.efecty.com.co

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 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	Días Mora	Valor
2025-11	2025-11	1000000382	9494856264	I	2025/12/09	2025/11/21	BANCO DE BOGOTA	0	$441,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$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
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$28,500	$0	$0	$28,500
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	1	$28,500	$0	$0	$28,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$441,800	$0	$0	$441,800

2025/11/21 06:12 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 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
2025-11	2025-11	1000000382	9494856264	I	2025/12/09	2025/11/21	BANCO DE BOGOTA	0	$441,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$1,423,500	$7,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$1,423,500	$7,500		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$1,423,500	$7,500		$0	$0
1	CC	1010201231	FLOREZ LUZ	230301	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	$7,500	30	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$1,423,500	$7,500		$0	$0

2025/11/21 06:12 AM

← Comprobante de pago

Pago en Seguridad social

Pago en
Planilla As Aportes En Linea

Número de planilla
9494856264

¿Cuanto?
$ 441.800,00

Fecha
20 de noviembre de 2025 a las 03:56 p. m.

Referencia
M13454586

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

CUENTA DE COBRO No. 10

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 noviembre 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 Dia Mes Año en constancia:
Firmo _____

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

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

Autorizado por:

Emilce Rojas Aguilar
Coordinadora
C.C. 52.278.676

Aprobado por:

Ana Rocio Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Luz Cadena

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

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

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO POR CARGO
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
CTO # 21097062025
Entregas de cargos totalmente diligenciadas, carnet, chaleco y camiseta por terminación contrato.

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

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 Piloscala a Grupal, mínimo de dos encuentros, durante el mes (Formato EGH), "con las cuatro planeaciones de las áreas correspondientes" 2 Horas efectivas(listas en los salones comunales 15 minutos del inicio de los encuentros grupales)	20%	noviembre	OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (EGH)	2.1. Planeación Encuentro en el hogar (1 por cada participante) 2.2 Cronograma de Visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el desarrollo de los 50 y/o 100 encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atención correspondiente.	20%	noviembre	OK		Dos familias NO recibieron la visita.
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentación requerida tanto en físico como en drive (50)	3.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Acomodación de las mismas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo atario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalización de cada uno de los documentos de los participantes del GA _ 3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas) 3.5.Carpetas actualizadas y foliadas al 100% con la documentación y orden indicado en el plan de gestión documental	5%	Noviembre	OK		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo el último viernes de cada mes sus ingresos y egresos _____ durante el mes de Octubre.	4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes octubre 4.2 Soportes de egreso deben estar para el cierre según lo que indica el plan de gestión documental foliados y completos. 4.3 Soportes de ingreso	10%	noviembre	OK		
		5.Entrega de Formatos de RAM, Relatos,Rpp y Elementos sin rechazos al entregarlos.	5.1 Formato RAM 5.2 Relatos 5.3 Formato RPP 5.4 Fotografías uno a uno de la entrega de RPP - en power Point 5.5 Formato de Observación	10%	noviembre	OK		
		6. Entrega del Formato de novedades por Inasistencia, gripa, o por documentos faltantes	6.1 Formato de novedades al 100% para cierre de contrato.	5%	noviembre	OK		
		7.Escala cualitativa del desarrollo	7.1 Aplicación de escala. 7.2 Diligenciamiento del formato físico , archivado en cada carpeta y escaneado en el drive de participantes 7.3.Socialización escalas realizadas mes anterior. 7.4 Escalas y socialización al 100% para cierre de contrato.	5%	noviembre	OK		
		8.Microproyectos	8.1. Debe estar listo y contar con las diferentes retroalimentaciones brindadas en los diferentes acompañamientos. Se seleccionará una propuesta que sera la ganadora el día de experiencias significativas, se debe llevar una muestra por cada GA y partido para el evento el 24 de noviembre.	10%	noviembre	OK		
		9. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faciliten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	9.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS, "Cultura de región" 9.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 9.3 Asistencia a reflexión pedagógica y cualificación a talento humano.(5%)	25%	noviembre	OK		
			TOTAL	100%				

VoBo EIH

FIRMA CONTRATISTA	Luz Cadena
NOMBRE:	Luz Cadena
C.C.	1033 626 307

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	
C.C.	

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
2025-10	2025-10	1000000853	9493366483	I	2025/11/05	2025/11/11	BANCO DE BOGOTA	6	$415,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$900	$0	$228,700
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$227,800	$900	$0	$228,700
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	$700	$0	$178,700
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$178,000	$700	$0	$178,700
TOTAL				1	$413,300	$1,700	$0	$415,000

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
2025-10	2025-10	1000000853	9493366483	I	2025/11/05	2025/11/11	BANCO DE BOGOTA	6	$415,000

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

← Detalle del movimiento ? <

Pago en Seguridad social

Pago en
Planilla As Aportes En Linea

Número de planilla
9493366483

¿Cuánto?
$ 415.000,00

Fecha
11 de noviembre de 2025 a las 12:51 p. m.

Referencia
M07479209

¿De donde salió la plata?
Disponible

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11	1000001178	9494848147	I	2025/12/02	2025/11/19	BANCO DE BOGOTA	0	$413,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
1	CC 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

2025/11/19 03:09 PM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 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
2025-11	2025-11	1000001178	9494848147	1	2025/12/02	2025/11/19	BANCO DE BOGOTA	0	$413,300

RESUMEN DE PAGO

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

← Detalle del movimiento ? <

Pago en Seguridad social

Pago en
Planilla As Aportes En Linea

Número de planilla
9494848147

¿Cuanto?
$ 413.300,00

Fecha
19 de noviembre de 2025 a las 02:38 p. m.

Referencia
M10490466

¿De dónde salió la plata?
Disponible

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

CUENTA DE COBRO No. 10

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: 0550488455912664 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 noviembre 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 Rocio 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 # 31007982029
Entrega de cargos totalmente diligenciados,carnet,chaleco y camiseta por terminación contrato.

CONTRATISTA	
NOMBRE	DIMENSION
CARGO	Martha C Garcia
PERIODO y FECHA	APOYO PEDAGOGICO
	NOVIEMBRE

ÍTEM	PAGO 100	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	INCUMPLE	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 1085) "con las cuatro planeaciones de las áreas correspondientes" 2 Horas efectivas(Estar en los salones comunales 15 minutos del inicio de los encuentros grupales)	20%	Nov	OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (FIII)	2.1. Planeación Encuentro en el hogar (1 por cada participante) 2.2 Cronograma de visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/o ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atención correspondiente.	20%	Nov	OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentación requerida tanto en físico como en drive.(5%)	3.1 Seguimiento mediante la Data de ingresos de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Acomodación de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalización de cada uno de los documentos de los participantes del GO_ 3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas(carpetas) 3.5 Carpetas rotuladas y foliadas al 100% con la documentación y ordenada según el plan de gestión documental	5%	Nov	OK		
		4. Ingresos y Egresos Suforman al administrativo el último viernes de cada mes sus ingresos y egresos____ durante el mes de Octubre.	4.1 Formato de ingresos y egresos_____ en el mes octubre 4.2 Soportes de egreso deben estar para el cierre según lo que indica el plan de gestión documental foliados y completos. 4.3 Soportes de Ingreso	10%	Nov	OK		
		5.Entrega de Formatos de RAM, Refrigerios,Rpp y Diversidad funcional cuando aplique.	5.1 Formato RAM 5.2 Refrigerios 5.3 Formato RPP 5.4 Fotografías una a una de la entrega de RPP - en power Point 5.5 Formato de Novedades	10%	Nov	OK		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o por documentos faltantes	6.1 Formato de novedades al 100% para cierre de contrato.	5%	Nov	OK		
		7.Escala cualitativa del desarrollo	7.1 Aplicación de escala. 7.2 Diligenciamiento del formato físico , archivado en cada carpeta y escaneado en el drive de participantes 7.3 Socializado con las respectivas madres anterior. 7.4 Escalas y socialización al 100% para cierre de contrato.	5%	Nov	OK		
		8.Mikrapoyectos	8.1. Debe estar listo y contar con las diferentes retroalimentaciones tutoriales en los diferentes acompañamientos. Se seleccionara una propuesta que será la ganante el día de experiencias significativas, se debe llevar una muestra por cada GA y participar en el evento el 24 de noviembre.	10%	Nov	OK		
		9. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faciliten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	9.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS. "Cultura cada región" 9.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica 9.3 Asistencia a reflexión pedagógica y cualificación a talento humano.(5%)	15%	Nov	OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Martha Garcia
NOMBRE:	Martha C Garcia
C.C.	51930 289

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Emilce P
C.C.	

Observaciones

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 51930289		GARZON MARTHA CECILIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 78 M # 6-53	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2499182	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1937627228	9494232605	I	2025/11/25	2025/11/18	NEQUI	0	$185,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
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	$185,500	$0	$0	$185,500

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 51930289		GARZON MARTHA CECILIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 78 M # 6-53	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2499182	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1937627228	9494232605	I	2025/11/25	2025/11/18	NEQUI	0	$185,500

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)					$0	$0			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$0	$0			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$0	$0			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
1	CC 51930289	GARZON MARTHA		0	$0	$0	EPS008	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,423,500	$7,500	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$0	$0			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9616061515 DV: 144943
Cliente:113237 PLANILLAS AVAL Aportes en Linea Arus Compensar Asopagos Simple Mi Plan
Fecha: 19/11/2025 13:27:48
PAP: 917870
Nombre: MARTHA
Apellido 1: CEILIA
NUM PLANILLA: 9494850339
TIPO DE IDENTIFICACION: CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO IDENTIFICACION: 51930289
PERIODO: 202511
Referencia: 9494850339Valor: $185.500,00

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 51930289		GARZON MARTHA CECILIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 78 M # 6-53	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2499182	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11	93458312	9494850339	I	2025/12/22	2025/11/19	BANCO DE OCCIDENTE	0	$185,500

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)					$0	$0			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$0	$0			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$0	$0			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
1	CC 51930289	GARZON MARTHA		0	$0	$0	EPS008	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,423,500	$7,500	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$0	$0			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0

2025/11/19 04:10 PM

Powered by CamScanner

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 51930289		GARZON MARTHA CECILIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 78 M # 6-53	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2499182	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-11	2025-11	93458312	9494850339	I	2025/12/22	2025/11/19	BANCO DE OCCIDENTE	0	$185,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
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	$185,500	$0	$0	$185,500

2025/11/19 04:10 PM

Powered by CamScanner

aportes en línea

Comprobante de Liquidación

Datos Generales Del Aportante

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

Clave: 9494850339

Periodo Pensión: 2025-11 **Periodo Salud: 2025-11**

Pague hasta	Dias de Mora	Valor Mora	Total a Pagar
2025/12/22	0	$0	$185,500

Riesgo	Administradoras	Afiliados	Total a Pagar
ARL	1	1	$7,500
ARL SURA		1	$7,500
EPS	1	1	$178,000
COMPENSAR		1	$178,000
SUBTOTAL			$185,500
TOTAL			$185,500

Canales de Pago

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

Cajas registradoras de los almacenes
Monto máximo por transacción $9.999.999

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

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	Codigo	Días	Codigo	Días	Codigo	Días	Tarifa	Días	Exonerado SENA e ICBF
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																														
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																														
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																														
1	CC	51930289	GARZON MARTHA																	0	EPS008	30		0	14-11	30	0.522%	0	No	
Total	**Afiliados(1)**																													

aportes en línea

Comprobante Liquidación

Datos Generales Del Aportante

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

Clave: 9494850339

Pague hasta	Días de Mora	Valor Mora	Total a Pagar
2025/12/22	0	$0	$185,500

Periodo Pensión: 2025-11 **Periodo Salud: 2025-11**

Riesgo	Administradoras	Afiliados	Total a Pagar
ARL	1	1	$7,500
ARL SURA		1	$7,500
EPS	1	1	$178,000
COMPENSAR		1	$178,000
SUBTOTAL			$185,500
COMISION OPERADOR			$0
IVA			$0
TOTAL			$185,500

2025/11/18 02:06 PM

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11		9494850339	I	2025/12/22			0	

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
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	$185,500	$0	$0	$185,500

Resumen de pago

Descripción de compra
Pago de la Planilla de aportes con clave: 9494232605

Tienda
APORTES EN LINEA

Estado de la transacción
Transacción éxitosa

Fecha de la transacción
18 de noviembre de 2025 a las 2:04 p. m.

CUS
1937627228

¿Cuánto?
$ 185.500,00

Factura de comercio
9494232605

Tu plata salió de:



Disponible

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

CUENTA DE COBRO No. 11

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: 0550488456075743 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 DE ATENCION NOVIEMBRE 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 # 11007052025

PROGRAMA	EIH KENNEDY
NOMBRE	SOOMER SUSANA CHAVES RODRIGUEZ
CARGO	APOYO PEDAGÓGICO
PERIODO y FECHA	NOVIEMBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISIÓN	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION		1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales	1.1 Planeación Grupal, ininimo 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%	noviembre	OK.		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y avaluada 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 las 50 y/o 48 encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atencion correspondiente.	20%	noviembre	OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentación requerida tanto en físico como en drive (50)	3.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 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%	noviembre	OK		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo el el ultimo viernes de cada mes sus ingresos y egresos ____ durante el mes de Octubre.	4.1 Formato de ingresos y egresos 2 en el mes(octubre) 4.2 Soportes de egreso N/A 4.3 Soportes de Ingreso	10%	noviembre	OK		
		5.Entrega de Formatos de Ram, Refrigerios,Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.	5.1 Formato Ram 5.2 Refrigerios 5.3 Formato RPP 5.4 Fotografías uno a uno de la entrega de RPP - en power Point 5.5 Formato de Bienestarina Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni	10%	noviembre	OK		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o por documentos faltantes	6.1 Formato de novedades	5%	noviembre	OK		
		7.Escala cualitativa del desarrollo	7.1.Aplicación de escala. 7.2 Diligenciamiento del formato físico , archivado en cada carpeta y escaneado en el drive de participantes 7.3.Socialización escalas realizadas mes anterior	5%	noviembre	OK		
		8.Microproyectos	8.1. Debe estar listo y contar con las diferentes retroalimentaciones brindadas en los diferentes acompañamientos. Se seleccionará una propuesta que será la ponente el dia del foro APC.	10%	noviembre	OK		
		9. Generar espacios y ambientes enriquecidos que falciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	9.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS, "celebración dia dulce" 9.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 9.3 Asistencia a reflexión pedagogica y cualificación a talento humano.(5%)	15%	noviembre	OK.		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Soomer Chaves
NOMBRE:	Soomer Chaves
C.C.	52 817 653

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Emilse
CC.	52 [illegible] 4C

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	52847653	SOONER SUSANA CHAVES RODRIGUEZ	CRA 79 F 46 16 SUR BLOQUE 3	3208053272	soonerchaves@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
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	
2025-10	2025-10	I	21/11/2025	91646342	$415.300	

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	7	800	0	178.800	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	227.800	0	0	0	0	7	1.100	0	228.900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	7.500				7.500	7	100	7.600			75	7.600	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	7	0	0	0
ICBF				
0	7	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.800
Pensión	1	227.800	228.900
Riesgos Laborales	1	7.500	7.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	413.300	415.300

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	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	
2025-10	2025-10	I	21/11/2025	91646342	$415.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colombia	Subtipo	Extranjero	Datos medio	Sucursal	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	52847653	CHAVES RODRIGUEZ SOONER SUSANA	57	0		N																		25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS037	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	1	7.500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Social

Tienda

COMPENSAR-OI

Estado de la transacción

Transacción éxitosa

Fecha de la transacción:

21 de noviembre de 2025 a las 12:08 p. m.

CUS

1945479755

¿Cuánto?

$ 415.300,00

Factura de comercio

91646342

Tu plata salió de:



Disponible

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	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	
2025-11	2025-11	I	21/11/2025	91647546	$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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
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	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	
2025-11	2025-11	I	21/11/2025	91647546	$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	Cotiza en exterior	Extranjero	IGE	IRP	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	INC	ING	COMISIONADO	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	52847653	CHAVES RODRIGUEZ SOONER SUSANA	57	0			N	X																	25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS037	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	I	7.500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Descripción de compra

MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Tienda

COMPENSAR-OI

Estado de la transacción

Transacción éxitosa

Fecha de la transacción

21 de noviembre de 2025 a las 12:15 p. m.

CUS

1945506239

¿Cuánto?

$ 413.300,00

Factura de comercio

91647546

Tu plata salió de:

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

CUENTA DE COBRO No. 10

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
APC2025-EIH-CON056

NOMBRE: YULIANA MARLEIDY MENDOZA CIPAGAUTA
CEDULA: 1.031.151.214
CUENTA BANCARIA:0550488443641698 **BANCO:** DAVIVIENDA **AHORRO** _X_ **CORRIENTE** ___
LA SUMA DE: ($2'417.697) DOS MILLONES CUATROCIENTOS DIEZ Y SIETE MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS M/CTE.
PERIODO: Fase Atención noviembre 2025

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

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

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

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

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

Autorizado por:

Emilce Rojas Aguilar
Coordinadora
C.C. 52.278.676

Aprobado por:

Ana Rocio Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Yuliana Mendoza Cipagauta

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

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

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO POR CARGO
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
CTO # 13007062025
Entregas de cargos totalmente diligenciadas,camiset,chaleco y camiseta por terminación contrato.

PROGRAMA	EIH KENNEDY
NOMBRE	YULIANA MARIBEL MENDOZA
CARGO	APOYO PEDAGOGICO
PERIODO y FECHA	NOVIEMBRE

FASE	PASO 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, en mínimo de dos encuentros, durante el mes (Formato ICBF), "con las cuatro planeaciones de las áreas correspondientes." 2 Horas efectivas|Estar en los salones comunales 15 minutos del inicio de los encuentros grupales)	20%	30/11/2025	OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (EIH)	2.1. Planeación Encuentro en el hogar (1 por cada participante) 2.2 Cronograma de Visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/o ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atención correspondiente.	20%	30/11/2025	OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentación requerida tanto en físico como en drive (50)	3.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Acomodación de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalización de cada uno de los documentos de los participantes del GA_ 3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas) 3.5 Carpetas rotuladas y foliadas al 100% con la documentación y orden indicado en el plan de gestión documental	5%	30/11/2025	OK		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo el el último viernes de cada mes sus Ingresos y egresos ____ durance el mes de Octubre.	4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes octubre 4.2 Soportes de egreso deben estar para el cierre según lo que indica el plan de gestión documental foliados y completos. 4.3 Soportes de Ingreso	10%	30/11/2025	OK		
		5.Entrega de Formatos de RAM, Refrigerios,Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.	5.1 Formato RAM 5.2 Refrigerios 5.3 Formato RPP 5.4 Fotografías uno a uno de la entrega de RPP - en power Point 5.5 Formato de Bienestarina [illegible]	10%	30/11/2025	OK		
		6. Entrega del Formato de novedades por Inasistencia, grips, o por documentos faltantes	6.1 Formato de novedades al 100% para cierre de contrato.	5%	30/11/2025	OK		
		7.Escala cualitativa del desarrollo	7.1.Aplicación de escala. 7.2 Diligenciamiento del formato físico , archivado en cada carpeta y escaneado en el drive de participantes 7.3.Sedilizarlo escalas realizadas mes anterior, 7.4 Escalas y tabulación al 100% para cierre de contrato.	5%	30/11/2025	OK		
		8.Microproyectos	8.1. Debe estar listo y contar con las diferentes retroalimentaciones brindadas en los diferentes acompañamientos. Se seleccionará una propuesta que será le ponente el día de experiencias significativas, se debe llevar una muestra por cada GA y participar en el evento el 24 de noviembre.	10%	30/11/2025	OK		
		9. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faciliten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	9.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS, "Cultura cada región" 9.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 9.3 Asistencia a reflexión pedagógica y cualificación a talento humano.(5%)	15%	30/11/2025	OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	[signature]
NOMBRE:	YULIANA MARIBEL MENDOZA
C.C.	1031151214

FIRMA COORDINADORA	[signature]
NOMBRE:	EMILSE R
C.C.	52[illegible]

VoBo EMW

aportes en línea

Comprobante de Liquidación

Datos Generales Del Aportante

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

Clave: 9493411341

Periodo Pensión: 2025-10 **Periodo Salud: 2025-10**

Pague hasta	Dias de Mora	Valor Mora	Total a Pagar
2025/11/06	0	$0	$413,300
2025/11/07	1	$500	$413,800
2025/11/10	4	$1,200	$414,500
2025/11/11	5	$1,500	$414,800
2025/11/12	6	$1,700	$415,000
2025/11/13	7	$2,000	$415,300
2025/11/14	8	$2,200	$415,500
2025/11/18	12	$3,300	$416,600
2025/11/19	13	$3,500	$416,800
2025/11/20	14	$3,800	$417,100

Riesgo	Administradoras	Afiliados	Total a Pagar
AFP	1	1	$227,800
PORVENIR		1	$227,800
ARL	1	1	$7,500
ARL SURA		1	$7,500
EPS	1	1	$178,000
COMPENSAR		1	$178,000
SUBTOTAL			$413,300
TOTAL			$413,300

Canales de Pago

BANCARIOS

Banco AV Villas · Banco de Occidente · Banco de Bogotá

NO BANCARIOS

Efecty · éxito · SURTIMAX · Carulla

Cajas registradoras de los almacenes
Monto máximo por transacción $9.999.999

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10		9493411341	I	2025/11/06			0	

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$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**

7:03 PM



¡Pago exitoso!

Hiciste un pago en APORTES EN LINEA por $414.500

Fecha: El 7 de noviembre de 2025
Hora: 7:38 p. m.

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

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	tv77b71a56sur	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
2025-11	2025-11	1912972762	94945361 90	I	2025/12/03	2025/11/10	NEQUI	0	$413,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$1,423,500**	**$227,800**			**$1,423,500**	**$178,000**			**$0**	**$0**			**$1,423,500**	**$7,500**		**$0**	**$0**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
Ciudad: 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

2025/11/07 07:41 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 1031151214		MENDOZA CIPAGAUTA YULIANA MARLEIDY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Tv77b7a56sur	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
2025-11	2025-11	1912972762	9494536190	I	2025/12/03	2025/11/10	NEQUI	0	$413,300

RESUMEN DE PAGO

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

7:03 PM



¡Pago exitoso!

Hiciste un pago en APORTES EN LINEA por $413.300

Fecha: El 7 de noviembre de 2025
Hora: 7:40 p. m.

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!

Responder Reenviar

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

CUENTA DE COBRO No. 11

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: 0550488413818995 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 NOVIEMBRE 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 Rocio Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente, Carlos Lugo Gómez

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	NOVIEMBRE

Entregas de cargos totalmente diligenciadas,carnet,chaleco y camiseta por terminación contrato.

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	11	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 ____16___ de la UDS delegada 1.2 Cargue de Talento Humano Nuevo ___0__de la UDS delegada. 1.3. Cargue de las formaciones de los participantes, 100% participantes 1.4 Cargue de formatos de la atención (RAM) Se realizara verificación semanal de los cargues. Descargar al finalizar cada semana para verificar cualquier novedad presentada. 1.5.Cargue 100% con calidad cierre de contrato-	35%	30/11/2025	ok		
		2. Sistematización de la información relacionada con los participantes.	2.1. Directorio de los participantes actualizado de la UDS delegada, Mes de Junio cruzar con cuéntame. 2.2. Actualización de formatos RAM, Refrigerios y entrega de RPP 2.3.Directorio al 100% cierre contrato.	20%	30/11/2025	ok		
		3. Organizar el archivo físico y garantizar la Seguridad de la información de los participantes	3.1. Archivo físico de la UDS delegada (Oficios de gestión, actas de equipo, en el marco de los componentes) 3.2. Carpetas de los participantes vinculados a la UDS.___15___ Participantes. 3.3 Custodia del archivo físico(Las carpetas deben reposar en el lugar asignado para cada dupla pedagógica, completas y en buen estado) 3.4.Carpetas al 100% foliadas y revisadas tanto ingresos como egresos para cierre de contrato digital y físico según plan de gestión documental.	25%	30/11/2025	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)cierre por terminación de contrato.	5%	30/11/2025	ok		
		5. Inventarios 2025	5.1. Inventario APC(Inventario entregado por ICBF)/cierre por terminación de contrato.	5%	30/11/2025	ok		
		6. F8,INFORME FINAL	6.1 F8 CONTRACTUAL parte .4 obligaciones contractuales registro y	10%	30/11/2025	ok		
				100%				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	Carlos Lugo G.
C.C.	1075283419

FIRMA COORDINADORA	Emilce P
NOMBRE:	Emilce P
C.C.	52229869 G

VOBº EIH U.

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	
2025-11	2025-11	I	24/11/2025	91701714	$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

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1023963411	CARLOS LUGO GOMEZ		Carrera 3 #0-39 sur	7354113	carlos_97lugomez@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	I	24/11/2025	91701714	$413.300	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colilla	Sal/Vac	Extranjero	Cotiza solidaridad	Ecuatoriano	IRET	TDE	TAE	TDP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	1023963411	LUGO GOMEZ CARLOS	57	0			N															23030	1,423,500	227,800	0	0	0	0	EPS005	1,423,500	178,000	14-11	1,423,500	1	7,500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Nequi

Resumen de pago

Descripción de compra
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Tienda
COMPENSAR-OI

Estado de la transacción
Transacción éxitosa

Fecha de la transacción
24 de noviembre de 2025 a las 3:10 p. m.

CUS
1951828271

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
91701714

Tu plata salió de:



Disponible

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

NOMBRE: JOSELITO RODRIGUEZ GALEANO
CEDULA: 1.116.916.542
CUENTA BANCARIA: 0550008300830273 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 Noviembre 2025**

CONCEPTO: Coordinador – EIH Kennedy Gestando Futuro Periodistas - del contrato N.11007062025. Con 300 Cupos.

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

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

Autorizó 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 / JOSELITO.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.

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
2025-10	2025-10	1911932820	9493707166	I	2025/11/12	2025/11/07	BANCO DAVIVIENDA	0	$441,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$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
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$28,500	$0	$0	$28,500
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$28,500	$0	$0	$28,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$441,800	$0	$0	$441,800

2025/11/20 10:43 PM

aportes en línea

Planilla Integrada

			CCF					RIESGOS						PARAFISCALES										
	Total	EPS Destino	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Clase Riesgo	Valor Cotización	Días	IBC	Tarifa SENA	Valor Cotización SENA	Tarifa ICBF	Valor Cotización ICBF	Tarifa ESAP	Valor Cotización ESAP	Tarifa MEN	Valor Cotización MEN	Exonerado SENA e ICBF
0	$ 178.000		COMPENSAR	30	$ 1.423.500	2%	$ 28.500	ARL SURA	30	$ 1.423.500	0,522%	1	$ 7.500	30	$ 0	0%	$ 0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	No
	$ 178.000						$ 28.500						$ 7.500				$ 0		$ 0		$ 0		$ 0	

aportes en línea

Planilla Integrada

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1116916542		RODRIGUEZ GALEANO JOSELITO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll97sur#4A-06	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1911932820	9493707166	I	2025/11/12	2025/11/07	BANCO DAVIVIENDA	0	$441,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO									NOVEDADES																										
No.	Tipo id	No id	Nombre	Tipo Cotizante	Horas Laboradas	Extranjero	Temp. Ext.	Fecha Radicación en el Exterior	ing	Fecha ing	ret	Fecha ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	Fecha Inicio vsp	cor	vst	sln	Fecha Inicio sln	Fecha Fin sln	ige	Fecha Inicio ige	Fecha Fin ige	lma	Fecha Inicio lma	Fecha Fin lma	vac-lr	Fecha Inicio vac-lr	Fecha Fin vac-lr	avp	vc
1	CC	1116916542	RODRIGUEZ GALEANO JOSELITO	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes	0	No	No																											

Total **Afiliados(1)**

aportes en línea

Planilla Integrada

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

S

serviciopse@... 7 nov

para mí

pse

¡Hola, Joselito Rodríguez Galeano !

Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: $ 441.800

Empresa: APORTES EN LINEA

Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9493707166

Fecha de la transacción: 07/11/2025

CUS: 1911932820

Gracias por utilizar nuestro servicio.



Ten encuenta estos tips de seguridad:

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

Para mayor información comunicate con nosotros:

En Bogotá: +57 (601) 3808890 Opción 5

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

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
2025-11	2025-11	1960142443	9495027310	I	2025/12/10	2025/11/27	NEQUI	0	$441,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$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
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$28,500	$0	$0	$28,500
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$28,500	$0	$0	$28,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$441,800	$0	$0	$441,800

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**
2025-11	2025-11	1960142443	9495027310	I	2025/12/10	2025/11/27	NEQUI	0	$441,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

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

NOVEDADES																									
ing	Fecha ing	ret	Fecha ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	Fecha Inicio vsp	cor	vst	sln	Fecha Inicio sln	Fecha Fin sln	ige	Fecha Inicio ige	Fecha Fin ige	lma	Fecha Inicio lma	Fecha Fin lma	vac-lr	Fecha Inicio vac-lr	Fecha Fin vac-lr	avp	vc

Total **Afiliados(1)**

2025/11/27 02:23 p. m.

Resumen de pago

Descripción de compra

Pago de la Planilla de aportes con clave: 9495027310

Tienda

APORTES EN LINEA

Estado de la transacción

Transacción éxitosa

Fecha de la transacción

27 de noviembre de 2025 a las 2:13 p. m.

CUS

1960142443

¿Cuánto?

$ 441.800,00

Factura de comercio

9495027310

Tu plata salió de:



Disponible

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

CUENTA DE COBRO No. 10

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 noviembre 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,

JAZMIN BECERRA

NOMBRE: ANA JAZMIN BECERRA GALLO
C.C. 52.931.661
DR.KRA 77 L # 49-30 SUR
Teléfono: 3113583358/ jaz_misita27@hotmail.com
NOTA: Se debe anexar planilla de pago de los Aportes a Salud, Pensión y ARL, del mes vencido y productos del mes según certificación de cumplimiento.

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

Entregas de cargos totalmente diligenciadas, carnet, chaleco y camiseta por terminación contrato.

PROGRAMA	EIH ICBF
NOMBRE	JAZMIN BECERRA
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	NOVIEMBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
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 correspondientes" 2 horas efectivas(Estar en los salones comunales 15 minutos del inicio de los encuentros grupales)	20%	NOV	OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (EIH)	2.1. Planeación Encuentro en el hogar (1 por cada participante) 2.2 Cronograma de Visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/o ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atención correspondiente.	20%	NOV	OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentación requerida tanto en físico como en drive (50)	3.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Acomodación de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalización de cada uno de los documentos de los participantes del GA _ 3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas al 100% por cierre de contrato. 3.5.Carpetas rotuladas y foliadas al 100% con la documentación y orden indicado en el plan de gestión documental	5%	NOV	OK		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo el el ultimo viernes de cada mes sus ingresos y egresos ____ durante el mes de Octubre.	4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes octubre 4.2 Soportes de egreso deben estar para el cierre según lo que indica el plan de gestión documental foliados y completos. 4.3 Soportes de ingreso	10%	NOV	OK		
		5.Entrega de Formatos de RAM, Refrigerios, Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.	5.1 Formato RAM 5.2 Refrigenos 5.3 Formato RPP 5.4 Fotografías uno a uno de la entrega de RPP - en power Point 5.5 Formato de Bienestarina Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni enmendaduras	10%	NOV	OK		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o por documentos faltantes	6.1 Formato de novedades al 100% para cierre de contrato.	5%	NOV	OK		
		7.Escala cualitativa del desarrollo	7.1.Aplicación de escala. 7.2 Diligenciamiento del formato físico , archivado en cada carpeta y escaneado en el drive de participantes 7.3.Socializarlo escalas realizadas mes anterior. 7.4 Escalas y socialización al 100% para cierre de contrato.	5%	NOV	OK		
		8.Microproyectos	8.1. Debe estar listo y contar con las diferentes retroalimentaciones brindadas en los diferentes acompañamientos. Se seleccionará una propuesta que será la ponente el día de experiencias significativas, se debe llevar una muestra por cada GA y participar en el evento el 24 de noviembre.	10%	NOV	OK		
		9. Generar espacios y ambientes enriquecidos que feliciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS.	9.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS, "Cultura cada región"" 9.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 9.3 Asistencia a reflexión pedagógica y cualificación a talento humano.(5%)	15%	NOV	OK		
			TOTAL	100%				

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

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	
C.C.	1116916542

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: 8390879099

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	ANA JAZMIN BECERRA GALLO	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC52931661	**Periodo de Cotización Salud**	octubre de 2025
Número de planilla	8390879099	**Periodo de Cotización Pensión**	octubre de 2025
Fecha pago	2025-11-13	**Número de Administradoras**	3
Número de autorización pago	93594713	**Total Pagado**	413300
Banco	1023	**Total Intereses de Mora**	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	7500	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	227800	1
EPS008	Compensar EPS	178000	1

8390879099

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: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. Os: 9615231990 OV: 306085
Cliente:113237 PLANILLAS AVAL Aportes en Linea Arus Compensar Asubagos Simple Mi Plan
Fecha: 13/11/2025 11:42:14
PAP: 917921
Nombre: aaa
Apellido 1: aaa
NUM PLANILLA: 83908790
TIPO DE IDENTIFICACION: CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO IDENTIFICACION: 52931661
PERIODO: 202510
Referencia: 83908790990Valor: $413.300.00

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

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

Señor(a): ANA JAZMIN BECERRA GALLO
No. Identificación: CC52931661
Dirección: CARRERA 77 L # 49 30 SUR
Telefono: 3133583358
Correo: jaz_misita27@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8391521576

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	ANA JAZMIN BECERRA GALLO	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC52931661	**Periodo de Cotización Salud**	noviembre de 2025
Número de planilla	8391521576	**Periodo de Cotización Pensión**	noviembre de 2025
Fecha pago	2025-11-19	**Número de Administradoras**	3
Número de autorización pago	93492568	**Total Pagado**	413300
Banco	1023	**Total Intereses de Mora**	0

PAGADA

8391521576

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: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9615407520 DV: 322687
Cliente:113237 PLANILLAS AVAL Aportes en
Linea Aros Compensar Asopagos Simple Mi
Plan
Fecha: 18/11/2025 16:31:25
PAP: 917431
Nombre: AAA
Apellido 1: BBB
NUM PLANILLA: 83915215
TIPO DE IDENTIFICACION: CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO IDENTIFICACION: 52931661
PERIODO: 202511
Referencia: 83915215760Valor: $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: NOVIEMBRE Día: 30 Año: 2025

CUENTA DE COBRO No. 10

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: 007501051069 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 Noviembre 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 Roció 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

Entregas de cargos totalmente diligenciadas,carnet,chaleco y camiseta por terminación contrato.

PROGRAMA	EIH KENNEDY
NOMBRE	ANGELA LILIANA CARO PULIDO
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	NOVIEMBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION	10	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales	1.1 Planeación Grupal: mínimo de dos encuentros, durante el mes (formato ICBF L" con las cuatro planeaciones de las áreas correspondientes" 2 Horas efectivas (Estar en los salones comunales 15 minutos del inicio de los encuentros grupales)	20%	nov.-25	Ok		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formacion (EIH)	2.1. Planeación Encuentro en el hogar (1 por cada participante) 2.2 Cronograma de Visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/o 30 encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atención correspondiente.	20%	nov.-25	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 Acomodación de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalización de cada uno de los documentos de los participantes del GA 6 3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas al 100% por cierre de contrato. 3.5 Carpetas rotuladas y foliadas al 100% con la documentación y orden indicado en el plan de gestión documental	5%	nov.-25	Ok		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo el último viernes de cada mes sus ingresos y egresos 0 durante el mes de Octubre.	4.1 Formato de ingresos y egresos 0 en el mes octubre 4.2 Soportes de egreso deben estar para el cierre segun lo que indica el plan de gestión documental foliados y completos. 4.3 Soportes de ingreso	10%	nov.-25	Ok		
		5. Entrega de Formatos de RAM, Refrigerios,Rpa y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.	5.1 Formato RAM 5.2 Refrigerios 5.3 Formato RPP 5.4 Fotografías uno a uno de la entrega de RPP - en power Point 5.5 Formato de Bienestarina	10%	nov.-25	OK		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o por documentos faltantes	6.1 Formato de novedades al 100% para cierre de contrato.	5%	nov.-25	ok		
		7. Escala cualitativa del desarrollo	7.1 Aplicación de escala. 7.2 Diligenciamiento del formato físico, archivado en cada carpeta y escaneado en el drive de participantes 7.3 Socializarlo escalas realizadas mes anterior. 7.4 Escalas y socialización al 100% para cierre de contrato	5%	nov.-25	OK		
		8. Microproyectos	8.1. Debe estar listo y contar con las diferentes retroalimentaciones brindadas en los diferentes acompañamientos. Se seleccionará una propuesta que será la ponente el día de exponencias significativas, se debe llevar una muestra por cada GA y participar en el evento el 24 de noviembre.	10%	nov.-25	OK		
		9. Generar espacios y ambientes enriquecidos que feliciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	9.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS, "Cultura cada región"" 9.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 9.3 Asistencia a reflexión pedagógica y cualificación a talento humano.(5%)	15%	nov.-25	Ok		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	Angela Caro
C.C.	52950469

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Joselin Rodriguez
C.C.	1116916542

en linea

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
2025-10	2025-10	1921638164	9493931913	I	2025/11/19	2025/11/11	NEQUI	0	$420,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

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

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
2025-10	2025-10	1921638164	9493931913	I	2025/11/19	2025/11/11	NEQUI	0	$420,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$14,900	$0	$0	$14,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$14,900	$0	$0	$14,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$420,700	$0	$0	$420,700

Gmail

Angela Caro <angelkarito3350@gmail.com>

PSE - Transacción Aprobada ☑ CUS 1921638164

1 mensaje

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co> 11 de noviembre de 2025, 15:58
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: 9493931913

Fecha de la transacción: 11/11/2025

CUS: 1921638164

Gracias por utilizar nuestro servicio.



Ten encuenta estos tips de seguridad:

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

en linea

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
2025-11	2025-11	1937060897	9494825720	I	2025/12/16	2025/11/18	NEQUI	0	$420,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

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

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
2025-11	2025-11	1937060897	9494825720	I	2025/12/16	2025/11/18	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

Gmail

Angela Caro <angelkarito3350@gmail.com>

PSE - Transacción Aprobada ☑ CUS 1937060897

1 mensaje

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co> 18 de noviembre de 2025, 11:23
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: 9494825720

Fecha de la transacción: 18/11/2025

CUS: 1937060897

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: NOVIEMBRE Día: 30 Año: 2025

CUENTA DE COBRO No. 10

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: 488456092953 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 Noviembre 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,

Angie Cantor

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

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

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

Entregas de cargos totalmente diligenciadas, carnet, chaleco y camiseta por terminación contrato.

PROGRAMA	EIH KENNEDY
PERSONA	Angie Fabiana Cortes
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	NOVIEMBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION		1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales.	1.1 Planeación Grupal, mínimo de dos encuentros durante el mes (Formato CBF), "con las cuatro planeaciones de las áreas correspondientes" 2 Horas efectivas(Estar en los salones comunales 15 minutos del inicio de los encuentros grupales)	20%	NOV	ok		
		2. Desarrollar de manera atentiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (EIH)	2.1. Planeación Encuentro en el hogar (1 por cada participante) 2.2 Cronograma de Visitas, con las respectivas Firmas - que evidencia el Desarrollo de los 50 y/o ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atención correspondiente.	20%	NOV	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 Acomodación de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalización de cada uno de los documentos de los participantes del GA. 3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas al 100% por cierre de contrato. 3.5 Carpetas rotuladas y foliadas al 100% con la documentación y orden indicado en el plan de gestión documental	5%	NOV	Ok		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo el el ultimo viernes de cada mes sus ingresos y egresos ____ durante el mes de Octubre.	4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes octubre 4.2 Soportes de egreso deben estar para el cierre segun lo que indica el plan de gestión documental foliados y completos 4.3 Soportes de ingreso	10%	NOV	OK		
		5 Entrega de Formatos de RAM, Refrigerios, Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.	5.1 Formato RAM 5.2 Refrigerios 5.3 Formato RPP 5.4 Fotografías uno a uno de la entrega de RPP - en power Point 5.5 Formato de Bienestarina Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni	10%	NOV	ok		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o por documentos faltantes	6.1 Formato de novedades al 100% para cierre de contrato.	5%	NOV	ok		
		7.Escala cualitativa del desarrollo	7.1 Aplicación de escala 7.2 Diligenciamiento del formato físico , archivado en cada carpeta y escaneado en el drive de participantes 7.3 Socializarlo escalas realizadas mes anterior. 7.4 Escalas socializadas al 100% para cierre de contrato	5%	NOV	Ok		
		8.Microproyectos	8.1. Debe estar listo y contar con las diferentes retroalimentaciones brindadas en los diferentes acompañamientos. Se seleccionará una propuesta que será la ponente el día de experiencias significativas, se debe llevar una muestra por cada GA y participar en el evento el 24 de noviembre.	10%	NOV	Ok		
		9. Generar espacios y ambientes enriquecidos que felliciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	9.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS, "Cultura cada región" 9.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 9.3 Asistencia a reflexión pedagogica y cualificación a talento humano.(5%)	15%	NOV	Ok		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Angie Fabiana Cortes
NOMBRE:	Angie Fabiana Cortes
C.C.	1094063233

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Joselito Rodriguez
C.C.	7716916842

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-11-21, 07:46:50 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1077061653

Periodo Cotización 202510 **Periodo Servicio** 202510

Cliente:

PAGADA 2025-11-07 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANGIE CANTOR				
Documento	CC 1024565233	**Dirección**	CL 23N SUR #16 B - 26		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	9004103		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	SOACHA	**Departamento**	CUNDINAMARCA		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1024565233		**Residente**		**Exonerado**	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					CANTOR SEQUEDA ANGIE TATIANA	25754000 - 25		CUNDINAMARCA

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

Novedades																					Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos						Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	0			$ 1.423.500	230201		16 %	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	EPS017		12,5 %	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	14-11	1	0,522 %	$ 1.423.500	$ 7.500	NN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

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

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

Nequi

Resumen de pago

Descripción de compra
Pago de Seguridad Social

Tienda
SIMPLE OI

Estado de la transacción
Transacción éxitosa

Fecha de la transacción
7 de noviembre de 2025 a las 8:13 p. m.

CUS
1913049794

Referencia Nequi
00099

¿Cuánto?
$ 413.300,00

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
1077061653

Tu plata salió de:



Disponible

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-11-21, 07:47:10 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1077352818

Periodo Cotización 202511 **Periodo Servicio** 202511

Cliente:

PAGADA 2025-11-18 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANGIE CANTOR				
Documento	CC 1024565233	**Dirección**	CL 23N SUR #16 B - 26		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	9004103		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	SOACHA	**Departamento**	CUNDINAMARCA		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1024565233		Residente		Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	57	00					CANTOR SEQUEDA ANGIE TATIANA	25754000 - 25		CUNDINAMARCA

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

Novedades																						Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos						Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	30			$ 1.423.500	230201		16 %	$ 1.423.500	$ 227.600	$ 0	$ 0	EPS017		12.5 %	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	14-11	1	0.522 %	$ 1.423.500	$ 7.500	CCF21	0.6 %	$ 1.423.500	$ 8.600	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
PROTECCION	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	ARL SURA	CAFAM	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 227.600	$ 0	$ 0	$ 178.000	$ 7.500	$ 8.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 421.900

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

Nequi

Resumen de pago

Descripción de compra
Pago de Seguridad Social

Tienda
SIMPLE OI

Estado de la transacción
Transacción éxitosa

Fecha de la transacción
18 de noviembre de 2025 a las 10:59 p. m.

CUS
1939260893

Referencia Nequi
00099

¿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
1077352818

Tu plata salió de:



Disponible

Powered by CamScanner

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

CUENTA DE COBRO No. 05

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: 488455922895 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 Noviembre 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 Roció 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

Entregas de cargos totalmente diligenciadas,carnet,chaleco y camiseta por terminación contrato.

PROGRAMA	EIH KENNEDY
NOMBRE	Leydy Viviana Penagos.
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	NOVIEMBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
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 correspondientes" 2 Horas efectiva(Estar en los salones comunales 15 minutos del inicio de los encuentros grupales)	20%	NOV	ok		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (EIH)	2.1. Planeación Encuentro en el hogar (1 por cada participante) 2.2 Cronograma de Visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/o ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atención correspondiente.	20%	NOV	ok		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentación requerida tanto en físico como en drive (50)	3.1 Seguimiento mediante la **lista de chequeo** de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Acomodación de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalización de cada uno de los documentos de los participantes del GA_ 3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas al 100% por cierre de contrato. 3.5.Carpetas rotuladas y foliadas al 100% con la documentación y orden indicado en el plan de gestión documental	5%	NOV	ok		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo el el ultimo viernes de cada mes sus ingresos y egresos ____ durante el mes de Octubre.	4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes octubre 4.2 Soportes de egreso deben estar para el cierre según lo que indica el plan de gestión documental foliados y completos. 4.3 Soportes de ingreso	10%	NOV	ok		
		5. Entrega de Formatos de RAM, Refrigerios,Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.	5.1 Formato RAM 5.2 Refrigerios 5.3 Formato RPP 5.4 Fotografías uno a uno de la entrega de RPP - en power Point 5.5 Formato de Bienestarina los documentos entregados en hwin estarán sin tachones ni	10%	NOV	ok		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o por documentos faltantes	6.1 Formato de novedades al 100% para cierre de contrato.	5%	NOV	ok		
		7.Escala cualitativa del desarrollo	7.1.Aplicación de escala. 7.2 Diligenciamiento del formato físico , archivado en cada carpeta y escaneado en el drive de participantes 7.3.Socializarlo escalas realizadas mes anterior. 7.4 Escalas y socialización al 100% para cierre de contrato	5%	NOV	ok		
		8.Microproyectos	8.1 Debe estar listo y contar con las diferentes retroalimentaciones brindadas en los diferentes acompañamientos. Se seleccionará una propuesta que será la ponente el día de experiencias significativas, se debe llevar una muestra por cada GA y participar en el evento el 24 de noviembre.	10%	NOV	ok		
		9. Generar espacios y ambientes enriquecidos que fericiten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	9.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS. "Cultura cada región"" 9.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 9.3 Asistencia a reflexión pedagógica y cualificación a talento humano.(5%)	15%	NOV	ok		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Leydy Penagos.
NOMBRE:	Leydy Viviana Penagos
C.C.	1012412391.

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Joselito Rodriguez
C.C.	1116916342

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 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
2025-10	2025-10	1000000581	94938291S0	1	2025/11/14	2025/11/14	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**

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 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
2025-10	2025-10	1000000581	94938279150	I	2025/11/14	2025/11/14	BANCO DE BOGOTA	0	$413,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$1,423,500**	**$227,800**			**$1,423,500**	**$178,000**			**$0**	**$0**			**$1,423,500**	**$7,500**		**$0**	**$0**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
1	CC 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	$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 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
2025-11	2025-11	1000000496	9494999026	I	2025/12/12	2025/11/20	BANCO DE BOGOTA	0	5413,300

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 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	$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 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
2025-11	2025-11	1000000496	9494999026	I	2025/12/12	2025/11/20	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**

NOV 14 2025 12:10:27 REMDES10.5N

CORRESPONSAL
SERVINET COMPUTERS SED
CLL 70 SUR 87J 21

BANCO DE BOGOTA

C.UNICO:0024537987 TER: 5ADDF535
V.ELECTRON Cc
**3562 RECIBO: 002014 RRN: 003481
RECAUDO APRO: 425867

SERVICIO: 0000001506
FACTURA: 00000000949382915O
** PAGO FACTURA **
TRANSACCION EXITOSA

RECAUDO $ 413.300

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

MOVIIRED

20/11/2025 11:55:24
SERVINET COMPUTERS SEDE 2
#206237

No. transaccion
ON251120.1155.J80148

TRANSACCIÓN EXITOSA
PAGO DE FACTURAS

Banco de Bogotá

No. autorización 999419065519
Convenio: PLANILLA AS APORTES EN LINEA
No. Ref: 9494999026
Valor: $413,300

LINEA DE ATENCIÓN 018000 512825 (opción 3) Bogotá: 3077200 (opción 3)

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

CUENTA DE COBRO No. 10

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:055048845601374 4 BANCO:DAVIVIENDA AHORROS _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: ($2.670.988) DOS MILLONES SEISCIENTOS SETENTA MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS M/CTE.
PERIODO: **Fase Atención noviembre 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 Rocio 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

Entregas de cargos totalmente diligenciadas,carnet,chaleco y camiseta por terminación contrato.

PROGRAMA	EIH KENNEDY
NOMBRE	SANDRA PINZON SALCEDO
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	NOVIEMBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCION NOVIEMBRE	10	1. Planear, desarrollar e implementar formaciones de familias mediante encuentros grupales	1.1 Planeación Grupal, mínimo de dos encuentros, durante el mes (Formato ICBF), "con las cuatro planeaciones de las áreas correspondientes" 2 Horas efectivas(Estar en los salones comunales 15 minutos antes del inicio de los encuentros grupales)	20%	NOV	ok		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (EIH)	2.1. Planeación Encuentro en el hogar (1 por cada participante) 2.2 Cronograma de Visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/o ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atención correspondiente.	20%	NOV	ok		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentación requerida tanto en físico como en drive (50)	3.1 Seguimiento mediante la lista de chaqueo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Acomodación de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalización de cada uno de los documentos de los participantes del GA 3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas al 100% por cierre de contrato. 3.5. Carpetas rotuladas y foliadas al 100% con la documentación y orden indicado en el plan de gestión documental	5%	NOV	ok		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo el el último viernes de cada mes sus ingresos y egresos ____ durante el mes de Octubre.	4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes noviembre 4.2 Soportes de egreso deben estar para el cierre según lo que indica el plan de gestión documental foliados y completos. 4.3 Soportes de ingreso	10%	NOV	ok		
		5.Entrega de Formatos de RAM, Refrigerios,Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.	5.1 Formato RAM 5.2 Refrigerios 5.3 Formato RPP 5.4 Fotografías uno a uno de la entrega de RPP - en power Point 5.5 Formato de Bienestarina Los documentos entregados en hoja oficio sin tachones ni	10%	NOV	ok		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o por documentos faltantes	6.1 Formato de novedades al 100% para cierre de contrato.	5%	NOV	ok		
		7.Escala cualitativa del desarrollo	7.1 Aplicación de escala. 7.2 Diligenciamiento del formato físico , archivado en cada carpeta y escaneado en el drive de participantes 7.3 Socializarlo escalas realizadas mes anterior. 7.4 Escalas socialización al 100% para cierre de contrato	5%	NOV	ok		
		8.Microproyectos	8.1. Debe estar listo y contar con las diferentes retroalimentaciones brindadas en los diferentes acompañamientos. Se seleccionará una propuesta que será la ponente el día de experiencias significativas, se debe llevar una muestra por cada GA y participar en el evento el 24 de noviembre.	10%	NOV	ok		
		9. Generar espacios y ambientes enriquecidos que feliciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	9.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS, "Cultura cada región"" 9.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 9.3 Asistencia a reflexión pedagógica y cualificación a talento humano.(5%)	15%	NOV	ok		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Sandra Pinzon Salcedo
NOMBRE:	Sandra Pinzon Salcedo
C.C.	1.030.549.541

FIRMA COORDINADOR	
NOMBRE:	Joselito Rodriguez
C.C.	7176976542

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	SANDRA YACKELIN PINZON SALCEDO
IDENTIFICACIÓN:	CC-1030549541
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-11-18
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-11-14
FECHA DE PAGO:	2025-11-14
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO COLPATRIA
PERÍODO PENSIÓN:	2025-10
PERÍODO SALUD:	2025-10
NÚMERO PLANILLA:	8638899033
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	$ 300	$ 178.000	$ 178.300
231001	800227940	COLFONDOS	1	$ 1.423.500	$ 0	$ 0	$ 300	$ 227.800	$ 228.100
14-11	890903790	ARL SURA	1	$ 1.423.500	$ 0	$ 0	$ 100	$ 7.500	$ 7.600
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 700	$ 413.300	$ 414.000

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	10/12/2025

scotiabank COLPATRIA

nto
go

RECIBO DE PAG

Fecha de venta: 14/11/2025 Hora: 2:54:00

Id comercio: 20208 No. Terminal: 10717

Id Trx: 104242262 Id Aut: 292977

Comercio: PDP - KIOSCO-OLIMPICA PLAZA AMERICAS

Dirección: TRVA 64A 26 50

RECAUDO PSP

TRANSACCION EXITOSA

Convenio: PLANILLA ASOPAGOS

referencia: 8630561058

Valor: $ 414.000

ORIGINAL

Para cualquier aclaración indispensable presentar este recibo o comuníquese a los Tel. en Bogotá 6013487877 o gratis en el resto del país 018000960505.

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	SANDRA YACKELIN PINZON SALCEDO
IDENTIFICACIÓN:	CC-1030549541
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-11-18
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-12-10
FECHA DE PAGO:	2025-11-18
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERÍODO PENSIÓN:	2025-11
PERÍODO SALUD:	2025-11
NÚMERO PLANILLA:	8638915413
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	$ 0	$ 178.000	$ 178.000
231001	800227940	COLFONDOS	1	$ 1.423.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 227.800	$ 227.800
14-11	890903790	ARL SURA	1	$ 1.423.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 7.500	$ 7.500
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 413.300	$ 413.300

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	07/01/2026

Banco de Occidente

Punto pago

RECIBO DE PAGO

Fecha de pago: 18/11/2025 Hora: 13:58:40

Id Comercio: 20208 No. Terminal: 10717

Id Trx: 104782116 Id Aut: 500679

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: $413.300.0

ORIGINAL

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

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

CUENTA DE COBRO No. 9

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: 0550488455828894 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 noviembre 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 Dia 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
Coordinadora
CC. 1116916542

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

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

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

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO POR CARGO
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
CTO # 11007062025
Entregas de cargos totalmente diligenciadas,carnet,chaleco y camiseta por terminación contrato.

PROGRAMA	EH KENNEDY
NOMBRE	Yamile Moreno
CARGO	AGENTE EDUCATIVO
PERIODO y FECHA	NOVIEMBRE

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
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 correspondientes" 2 Horas efectivas(Estar en los salones comunales 15 minutos del inicio de los encuentros grupales)	20%	NOV	Ok		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (EH)	2.1. Planeación Encuentro en el hogar (1 por cada participante) 2.2 Cronograma de Visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 30 y/o ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atención correspondiente.	20%	NOV	OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentación requerida tanto en físico como en drive (5D)	3.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Acomodación de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalización de cada uno de los documentos de los participantes del GA _ 3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas al 100% por cierre de contrato. 3.5.Carpetas rotuladas y foliadas al 100% con la documentación y orden indicado en el plan de gestión documental	5%	NOV	Ok		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo el el último viernes de cada mes sus ingresos y egresos ____ durante el mes de Noviembre.	4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes octubre 4.2 Soportes de egreso deben estar para el cierre según lo que indica el plan de gestión documental foliados y completos. 4.3 Soportes de ingreso	10%	NOV	OK		
		5.Entrega de Formatos de RAM, Refrigerios,Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.	5.1 Formato RAM 5.2 Refrigerios 5.3 Formato RPP 5.4 Fotografías uno a uno de la entrega de RPP - en power Point 5.5 Formato de Bienestarina Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni	10%	NOV	Ok		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o por documentos faltantes	6.1 Formato de novedades al 100% para cierre de contrato.	5%	NOV	Ok		
		7.Escala cualitativa del desarrollo	7.1 Aplicación de escala. 7.2 Diligenciamiento del formato físico , archivado en cada carpeta y escaneado en el drive de participantes 7.3.Socializarlo escalas realizadas mes anterior. 7.4 Escalas y socialización al 100% para cierre de contrato.	5%	NOV	Ok		
		8.Microproyectos	8.1. Debe estar listo y contar con las diferentes retroalimentaciones brindadas en los diferentes acompañamientos. Se seleccionará una propuesta que será la ponente el día de experiencias significativas, se debe llevar una muestra por cada GA y participar en el evento el 24 de noviembre.	10%	NOV	Ok		
		9. Generar espacios y ambientes enriquecidos que fallciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	9.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS, "Cultura cada región"" 9.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 9.3 Asistencia a reflexión pedagógica y cualificación a talento humano.(5%)	15%	NOV	Ok		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Yamile Moreno
NOMBRE:	Yamile Moreno
C.C.	52831364

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Josefina Rodriguez
C.C.	1117691654

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-11-13, 12:01:30 p. m. **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 81707689

Periodo Cotización 202510 **Periodo Servicio** 202510

PAGADA 2025-11-13 00:00:00.0

I. DATOS DEL APORTANTE

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

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 52831344		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					MORENO MENDOZA YAMILE CONSTANZA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

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

Novedades																						Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión						Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
														0	30	30	30	30				$ 1.423.500	28-14		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.

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	2025-11-13, 11:00:58 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	octubre de 2025
Periodo de Cotización Para Salud	octubre de 2025
Empresa	YAMILE COSTANZA MORENO MENDOZA
CEDULA CIUDADANIA	CC 52831344
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	81707689
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1925673603
Banco	(1007) - BANCOLOMBIA
Valor	$ 441.800
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	172.29.10.57

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	$ 227.800	$ 0
N860066942	EPS008	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	1	$ 178.000	$ 0
N890903790	14-11	ARL SURA	1	$ 7.500	$ 0
N860013570	CCF21	CAFAM	1	$ 28.500	$ 0
			SubTotales:	$ 441.800	$ 0
			Total a Pagar:		$ 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.

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 2025-11-18, 09:35:16 p. m. **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 81789166

Periodo Cotización 202511 **Periodo Servicio** 202511

PAGADA 2025-11-18 21:29:33.0 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 exterio	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	X														0	30	30	30	30			$ 1.423.500	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.

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	2025-11-13, 11:00:58 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	octubre de 2025
Periodo de Cotización Para Salud	octubre de 2025
Empresa	YAMILE COSTANZA MORENO MENDOZA
CEDULA CIUDADANIA	CC 52831344
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	81707689
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1925673603
Banco	(1007) - BANCOLOMBIA
Valor	$ 441.800
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	172.29.10.57

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	$ 227.800	$ 0
N860066942	EPS008	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	1	$ 178.000	$ 0
N890903790	14-11	ARL SURA	1	$ 7.500	$ 0
N860013570	CCF21	CAFAM	1	$ 28.500	$ 0
			SubTotales:	$ 441.800	$ 0
			Total a Pagar:		$ 441.800

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

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

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

EXPERTOS en PILA

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

CUENTA DE COBRO No. 10

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: 0550456000186423 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 noviembre 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 Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Diana Katherin Conde V.

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	ENKENNEDY
NOMBRE	DIANA KATHERIN CONDE VALENCIA
CARGO	PSICOSOCIAL
PERIODO y FECHA	NOVIEMBRE

Entregas de cargos totalmente diligenciadas,carnet,chaleco y camiseta por terminación contrato.

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. 1.3 Cerrar carpetas de participantes con atenciones al 100%	10%	NOV	ok		
		2. Implementa acciones de articulación con autoridades, instituciones, servicios sociales, comunidades y los diferentes actores de su territorio, para promover redes protectoras para las niñas, los niños y las mujeres gestantes. (MINIMO 2 gestiones, por profesional psicosocial)	2.1. Cartas de gestión con radicado y/o evidencia del correo enviado(2 efectivas) 2.2. Matriz de Gestión interinstitucional Septiembre unificada por las 3 UDS. 2.3. Apoyar y participar de la jornada de experiencias significativas 24 de noviembre. 2.4.Cierre de articulaciones cumpliendo con las solicitadas en la base.	10%	NOV	ok		
		3. Validación criterios de focalización junto con el documento de identidad, de los nuevos ingresos 12 NOVIEMBRE	3.1 Formato Visita Criterios de Focalizació__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___0___, a los cuales no aplica visita. Se carga la totalidad de Criterios de Focalización de __12____ Participantes correspondientes 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 focalización unificada por UDS Nota :Los criterios deben estar cargados al 100%. 3.5.Criterios al 100 %para cierre de contrato.	15%	NOV	ok		
		4. Realización 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). 4.2.Caracterizacion al 100% para cierre de contrato.	15%	NOV	ok		
		5.Formación a familias De acuerdo a las temáticas del mes.	5.1planeaciones 5.2 Acta con firmas.	10%	NOV	ok		
		6. Procesos de Formación y cualificación al Talento Humano de acuerdo con el tema del Plan de Formación al TH	6.1 Acta, Registro fotográfico y Firmas 6.2 Asistencia a reflexión pedagógica y cualificación a talento humano.(5%)	10%	NOV	OK		
		7.Control Social y Proceso de buzón de sugerencias y control social, (proceso en compañía del comité de control Social).	7.1. Acta de apertura buzón de sugerencias 1 por UDS 7.2 Evidencias fotográficas. 7,3 Acta Reunión Control Social, acompañamiento RPP y cumplimiento del plan de trabajo del comité	5%	NOV	OK		
		8.Seguimiento a población migrante y desplazados.	8.1 Base Excel población migrante y desplazados, Formatos APC 1 por UDS	5%	NOV	OK		
		9.Activacion de rutas según sea el caso	9.1 Formatos de seguimientos, remisiones. 9.2 Matriz de seguimiento a casos., Priorizados y remitidos (Formato APC). 9.3.Cierre de casos al 100% por terminación de contrato.	5%	NOV	OK		
		10. Acompañar y apoyar la entrega de RPP	10.1 Acta de verificación de la RPP con el comité de control social en compañía de la Nutricionista 1 por UDS 10.2 Presencia en el espacio	5%	NOV	ok		
		11.Seguimiento a casos de transito armónico	11.1 Realizar acta con la sensibilización y gestión de los casos que requieren orientación para el transito armónico 11.2 Base de tránsito armónico 1 por UDS	5%	NOV	OK		
		12. Informe de gestión mensual en el formato F8 contractual y general de acciones	12. Formato de Informe – Enviado por Coordinación Drive 12.1 F8 de acciones i Datos de casos garantía de derechos ii Acciones realizadas de cualificación iii Dificultades del componente en el mes 12.2 F8 contractual	5%	NOV	OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Diana Conde
NOMBRE:	
C.C.	

FIRMA COORDINADOR	
NOMBRE:	Josdito Rodriguez Orlano
C.C.	1116916542

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Téléfono	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	Días Mora	Valor
2025-10	2025-10	1000000148	9492814980	I	2025/11/26	2025/10/24	BANCO DE BOGOTA	0	$420,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

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

en línea

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
2025-10	2025-10	1000000148	9492814980	I	2025/11/26	2025/10/24	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

¡Tu pago fue exitoso!

Número de autorización: 000919

Fecha y hora: 24/10/25 - 09:00

Planilla As Aportes En Linea

No. de planilla 9492814980

Valor	$ 420.700,00
Costo de la transacción	Gratis

El pago se realizó desde:

Cuenta de Ahorros

en línea

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	Días Mora	Valor
2025-11	2025-11	1940870095	9494262621	I	2025/12/23	2025/11/19	BANCO DE BOGOTA	0	$420,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

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

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciuoad-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
2025-11	2025-11	1940870095	9494262621	I	2025/12/23	2025/11/19	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

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:	181.53.96.34
Estado de la transacción:	APROBADA
Clave planilla:	9494262621
Valor:	420,700
Período de pago:	2025-11
No Transacción (CUS):	1940870095
Fecha:	2025/11/19
Banco:	BANCO DE BOGOTA
Descripción :	Pago de la planilla de aportes con clave: 9494262621
Aportes en línea:	999001472382

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: NOVIEMBRE Día: 30 Año: 2025

CUENTA DE COBRO No. 2

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
APC2025-EIH- CON084

NOMBRE: LILIANA MARCELA MATEUS AVILA
CEDULA: 1.233.888.171
CUENTA BANCARIA: 0550488425261176 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 Noviembre 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 Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Liliana Marcela Mateus

NOMBRE: LILIANA MARCELA MATEUS AVILA
C.C. 1.233.888.171
DR. Carrera 157ª 136 18
Teléfono: 3219875802/ lilianamateusavila@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
Entregas de cargos totalmente diligenciadas,carnet,chaleco y camiseta por terminación contrato.

PROGRAMA	EIH KENNEDY
NOMBRE	Liliana Marcos
CARGO	PSICOSOCIAL
PERIODO y FECHA	NOVIEMBRE

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. 1.3 Cerrar carpetas de participantes con atenciones al 100%	10%	NOV	ok		
		2. Implementa acciones de articulación con autoridades, instituciones, servicios sociales, comunidades y los diferentes actores de su territorio, para promover redes protectoras para las niñas, los niños y las mujeres gestantes. (MINIMO 2 gestiones, por profesional psicosocial)	2.1 Cartas de gestión con radicado y/o evidencia del correo enviado(2 efectivas) 2.2. Matriz de Gestión interinstitucional Septiembre unificada por las 3 UDS. 2.3. Apoyar y participar de la jornada de experiencias significativas 24 de noviembre. 2.4.Cierre de articulaciones cumpliendo con las solicitadas en la base.	10%	NOV	ok		
		3. Validación criterios de focalización junto con el documento de identidad, de los nuevos ingresos, NOVIEMBRE	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 correspondientes 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 focalización unificada por UDS Nota :Los criterios deben estar cargados al 100%. 3.5 Criterios al 100 %para cierre de contrato.	15%	NOV	ok		
		4. Realización procesos de caractenzación, 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_caractenzacion_para_los_servicios_de_atencion_a_la_primera_infan	15%	NOV	ok		
		5.Formación a familias De acuerdo a las temáticas del mes.	5.1planeaciones 5.2 Acta con firmas.	10%	NOV	ok		
		6. Procesos de Formación y cualificación al Talento Humano de acuerdo con el tema del Plan de Formación al TH	6.1 Acta, Registro fotográfico y Firmas 6.2 Asistencia a reflexión pedagógica y cualificación a talento humano (5%)	10%	NOV	ok		
		7.Control Social y Proceso de buzón de sugerencias y control social, (proceso en compañía del comité de control Social).	7.1. Acta de apertura buzón de sugerencias 1 por UDS 7.2 Evidencias fotográficas. 7,3 Acta Reunión Control Social, acompañamiento	5%	NOV	ok		
		8.Seguimiento a población migrante y desplazados.	8.1 Base Excel población migrante y desplazados, Formatos APC 1 por UDS.	5%	NOV	ok		
		9.Activacion de rutas según sea el caso	9.1 Formatos de seguimientos, remisiones. 9.2 Matriz de seguimiento a casos., Priorizados y remitidos (Formato APC). 9.3 Cierre de casos al 100% por terminación de contrato.	5%	NOV	ok		
		10. Acompañar y apoyar la entrega de RPP	10.1 Acta de verificación de la RPP con el comité de control social en compañía de la Nutricionista 1 por UDS 10.2 Presencia en el espacio	5%	NOV	ok		
		11.Seguimiento a casos de transito armónico	11.1 Realizar acta con la sensibilización y gestión de los casos que requieren orientación para el transito armónico 11.2 Base de tránsito armónico 1 por UDS	5%	NOV	ok		
		12. Informe de gestión mensual en el formato FB contractual y general de acciones	12. Formato de Informe – Enviado por Coordinación Drive 12.1 FB de acciones i Datos de casos garantía de derechos ii Acciones realizadas de cualificación iii Dificultades del componente en el mes	5%	NOV	ok		
				TOTAL 100%				

FIRMA CONTRATISTA	Liliana Marcos
NOMBRE:	Liliana Marcos
C.C.	1233892171

FIRMA COORDINADORA	Josefina Pedroza
NOMBRE:	
C.C.	1116916582

Clínica

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1233888171		MATEUS AVILA LILIANA MARCELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 157 A # 136-18	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
2025-10	2025-10	1944470880	9494008157	I	2025/11/20	2025/11/21	BANCO DAVIVIENDA	1	$421,200

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	1233888171	MATEUS LILIANA	230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-23	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

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1233888171		MATEUS AVILA LILIANA MARCELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 157 A # 136-18	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
2025-10	2025-10	1944470880	9494008157	I	2025/11/20	2025/11/21	BANCO DAVIVIENDA	1	$421,200

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	$14,900	$100	$0	$15,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$14,900	$100	$0	$15,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$200	$0	$178,200
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$178,000	$200	$0	$178,200
TOTAL				1	$420,700	$500	$0	$421,200

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1233888171		MATEUS AVILA LILIANA MARCELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 157 A # 136-18	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
2025-11	2025-11	1945503059	9495084030	I	2025/12/17	2025/11/21	BANCO DAVIVIENDA	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	1233888171	MATEUS LILIANA	230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	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

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1233888171		MATEUS AVILA LILIANA MARCELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 157 A # 136-18	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
2025-11	2025-11	1945503059	9495084030	I	2025/12/17	2025/11/21	BANCO DAVIVIENDA	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
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$420,700	$0	$0	$420,700

¡Hola, Liliana Marcela Mateus Avila!

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: 9495084030

Fecha de la transacción: 21/11/2025

CUS: 1945503059

Gracias por utilizar nuestro servicio.



¡Hola, Liliana Marcela Mateus Avila!

Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: $ 421.200

Empresa: APORTES EN LINEA

Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9494008157

Fecha de la transacción: 20/11/2025

CUS: 1944470880

Gracias por utilizar nuestro servicio.



Ten encuenta estos tips de seguridad:

- Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.

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

CUENTA DE COBRO No. 11

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 Noviembre 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,

Sofia Alarcón

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	BIII GESTANDO FUTURO KENNEDY
NOMBRE	Laura Sofia Alarcón A.
CARGO	NUTRICIONISTA
PERIODO y FECHA	NOVIEMBRE

Entregas de cargos totalmente diligenciadas, carnet ,chaleco y comneta por terminación contrato.

FASE	PAGO No	PRODUCTOS A ENTREGAR MES A MES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	PORCENTAJE	FECHA DE REVISION	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ATENCIÓN		1. Planear, desarrollar o implementar formaciones de familias como se establece en Cronograma de Capacitación, de acuerdo a la propuesta de cada Nutricionista por territorio. O e acuerdo al plan de formación a familias Noviembre.	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 fotográfico.	10%	NOV	OK		
		2. Cualificación al Talento Humano, según Cronograma de estrategia IEC (Información Educación y Comunicación en SAN) Temas de Noviembre 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 Fotográfico 2.4 Asistencia a reflexión pedagógica y cualificación a talento humano.(5%)	10%	NOV	OK		
		3. Tamizaje a participantes nuevos en el mes: y participantes que cumplieron 3 meses de atención.	3.1. Formato F6 y F7 según corresponda 3.2. Formato perímetro braquial a quien corresponda APC)(Toma de talla y peso teniendo encuentra la vinculación a la modalidad) 3.3. Tamizaje cierre del contrato	20%	NOV	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 máximo 8 días después del ingreso. 4.1 Actualización formato F6 4.2 Actualización formato F7 4.3 Cierre a casos del contrato	15%	NOV	OK		
		5. Seguimiento Nutricional a Casos (Casos Evento 113, Casos de Desnutrición reporte cuéntame y Casos de Riesgo de desnutrición Aguda reporte cuéntame)	Casos Desnutrición: 5.1. 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 cuéntame) Evento 113: De acuerdo a las solicitudes del CZ los casos que desde la secretaría de salud sean identificados y notificados como desnutrición aguda, deberán contar con seguimiento y acercamiento a las familias para la validación de servicios recibidos por la EAPB, tales como: 5.7. Entrega de FTLC; 5.8. Consulta de CYD; nutrición, pediatría extremos complementarios 5.9. La información recibida deberá registrarse en formato de acta APC anexando los soportes que la familia entregue.	20%	NOV	OK		
		6. Acompañar y apoyar la entrega de RFP, Refrigerios y Bienestarina .	6.Formatos: 6.1. Formato de Verificación de calidad y cantidad 6.2 Acta de verificación de la RFP con el comité de control social en compañía de la Psicosocial 6.3 Presencia en el espacio	10%	NOV	OK		
		7. Acompañar, verificar y apoyar PSB y BPM	7.Formatos: 7.1. Formatos de limpieza y desinfección 7.2 Actualización de PSB 7.3 Actualización de BPM	5%	NOV	OK		
		8. Activación de rutas según sea el caso	8.1 Formatos de seguimientos, remisiones. 8.2 Matriz de seguimiento a casos, Priorizados y remitidos (Formato APC) 8.3.Seguimiento a puerperio(novedades, planeación según corresponda) 8.4.Cierre a casos del contrato	5%	NOV	OK		
		9. Informe de gestión mensual en el formato FR contractual y general de acciones	9. Formato de Informe – Enviado por Coordinación Drive 9.1 FR de acciones(Faltantes cpn,vacunas,crecimiento y desarrollo, control prenatal y su respectivo seguimiento, cruce fr con base de las 7 atenciones. i Datos de casos con malnutrición ii Acciones realizadas de cualificación iii Dificultades del componente en el mes 9.2 FR contractual i Aportes a las obligaciones del componente 9.3.Acompañamiento 24 de noviembre al cierre de experiencias pedagógicas y participación del evento.	5%	NOV	OK		
				100%				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	Laura Sofia Alarcón A.
CC.	1.000.399.222

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Joselito Rodriguez Gallegno
CC	1116916882

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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2025-11	2025-11	I	21/11/2025	91617622	TOTAL A PAGAR	
					$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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTO. QUIDACION 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 Irr 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	
2025-11	2025-11	I	21/11/2025	91617622	$421.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Suspensión	IRP	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	VTE	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	1000794222	ALARCON ARBELAEZ LAURA SOFIA	59	0			N																			230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS017	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	1	7.500	CCF24	1.423.500	8.600	0	0	0	0	0

PAGADA

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

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
1944462421

Destino de pago
COMPENSAR-OI

Motivo
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha
20/11/2025

Número de aprobación
00462421

Dirección IP
186.155.89.135

Valor transacción
$ 421.900,00

Costo de la transacción
$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
	CC	1000794222

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

DAVIVIENDA

Ciudad: BOGOTÁ D.C . Mes: NOVIEMBRE 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-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 noviembre 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,

NOMBRE: ANGIE TATIANA MUÑOZ CARDENAS
C.C. 1.020.786.376
DR. CARRERA 80D # 7B - 83
Telefono: 3219932474 / ANGY.T@HOTMAIL.COM
NOTA: Se debe anexar planilla de pago de los Aportes a Salud, Pensión y ARL, del mes vencido y productos del mes según certificación de cumplimiento.

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

Entregas de cargos totalmente diligenciadas,carnet,chaleco y camiseta por terminación contrato.

PROGRAMA	EIH KENNEDY
NOMBRE	Angie Tatiana Nuñez
CARGO	APOYO PEDAGOGICO
PERIODO y FECHA	NOVIEMBRE

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 correspondientes" 1.2 Horas efectivas(Estar en los salones comunales 15 minutos del inicio de los encuentros grupales)	20%				
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (EIH)	2.1. Planeación Encuentro en el hogar (1 por cada participante) 2.2 Cronograma de Visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/o ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atención correspondiente.	20%				
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentación requerida tanto en físico como en drive (SO)	3.1 Seguimiento mediante la **lista de chequeo** de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Acomodación de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalización de cada uno de los documentos de los participantes del GA _ 3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas) 3.5 Carpetas rotuladas y foliadas al 100% con la documentación y orden indicado en el plan de gestión documental	5%				
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo el el último viernes de cada mes sus Ingresos y egresos ____ durante el mes de Octubre.	4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes octubre 4.2 Soportes de egreso deben estar para el cierre según lo que indica el plan de gestión documental foliados y completos. 4.3 Soportes de Ingreso	10%				
		5.Entrega de Formatos de RAM, Refrigerios, Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.	5.1 Formato RAM 5.2 Refrigerios 5.3 Formato RPP 5.4 Fotografías uno a uno de la entrega de RPP - en power Point 5.5 Formato de Bienestarina Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni	10%				
		6. Entrega del Formato de novedades por Inasistencia, gripa, o por documentos faltantes.	6.1 Formato de novedades al 100% para cierre de contrato.	5%				
		7 Escala cualitativa del desarrollo	7.1 Aplicación de escala. 7.2 Diligenciamiento del formato físico , archivado en cada carpeta y escaneado en el drive de participantes 7.3 Socializarlo escalas realizadas mes anterior. 7.4 Escalas y socialización al 100% para cierre de contrato.	5%				
		8 Microproyectos	8.1. Debe estar listo y contar con las diferentes retroalimentaciones brindadas en los diferentes acompañamientos. Se seleccionará una propuesta que será la ponente el día de experiencias significativas, se debe llevar una muestra por cada GA y participar en el evento el 24 de noviembre.	10%				
		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 físicos de la UDS, "Cultura cada región"" 9.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 9.3 Asistencia a reflexión pedagógica y cualificación a talento humano.(5%)	15%				
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	Angie Tatiana Nuñez
C.C.	1.070.786.376

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Joselito Rodriguez
C.C.	1.116.916.542

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

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

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2025-10	2025-10	I	21/11/2025	91282004	TOTAL A PAGAR	
					$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	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	
2025-10	2025-10	I	21/11/2025	91282004	$413.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES													PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Dotación	Suspen.	Excepción	Cotiz. mayor riesgo	Extranjero	IGE	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COMISIONES	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1020786376	MUÑOZ CARDENAS ANGIE TATIANA	59	0			N																	23001	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

Pago en
Compensar-oi

¿Cuánto?
$ 413.300,00

Fecha
20 de noviembre de 2025 a las 07:36 p. m.

Referencia
M19715526

¿De dónde salió la plata?
Disponible

¿Algún problema con este movimiento?

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		
UNICA	I - Independiente			BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	I	27/11/2025	91822080	$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

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

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

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	I	27/11/2025	91822080	$413.300	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza en el exterior	Estudiante	IRG	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	1020786376	MUÑOZ CARDENAS ANGIE TATIANA	59	0			N																	238301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS038	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

Resumen de pago

Descripción de compra

MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Tienda

COMPENSAR-OI

Estado de la transacción

Transacción éxitosa

Fecha de la transacción

27 de noviembre de 2025 a las 12:56 p. m.

CUS

1959933490

¿Cuánto?

$ 413.300,00

Factura de comercio

91822080

Tu plata salió de:



Disponible

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

CUENTA DE COBRO No. 10

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 Noviembre 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 Rocio Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Nataly Sarmiento

NOMBRE: NATALY SARMIENTO SUAREZ
C.C. 1.031.139.309
DR. CR 66 19 72 TORRE 3 APT 1007
Teléfono: 3182434836 / sarmientosn892@gmail.com
NOTA: Se debe anexar planilla de pago de los Aportes a Salud, Pensión y ARL, del mes vencido y productos del mes según certificación de cumplimiento.

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO POR CARGO
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
CTO # 11007062015

PROGRAMA	FIT GESTANDO FUTURO, KENNEDY
NOMBRE	Nataly Sarmiento Suarez
CARGO	NUTRICIONISTA
PERIODO y FECHA	NOVIEMBRE

Entregas de cargos totalmente diligenciadas,carnet,chaleco y camiseta por terminación contrato.

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 Noviembre.	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 fotográfico.	10%	NOV	OK		
		2. Cualificación al Talento Humano, según Cronograma de estrategia IEC (Información Educación y Comunicación en SAN) Temas de Noviembre 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 Fotográfico 2.4 Asistencia a reflexión pedagógica y cualificación a talento humano (5%)	10%	NOV	OK		
		3. Tamizaje a participantes nuevos en el mes, y participantes que cumplieron 3 meses de atención.	3.1. Formato F6 y F7 según corresponda 3.2 Formato perímetro braquial a quien corresponda APC)(toma de talla y peso teniendo encuentra la vinculación a la modalidad) 3.3 Tamizaje cierre del contrato	20%	NOV	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 máximo 8 días después del ingreso.** 4.1 Actualización formato F6 4.2 Actualización formato F7 4.3 Cierre a casos del contrato	15%	NOV	OK		
		5. Seguimiento Nutricional a Casos (Casos Evento 113, Casos de Desnutrición reporte cuéntame y Casos de Riesgo de desnutrición aguda reporte cuentame)	**Casos Desnutrición:** 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 cuántame) **Evento 113: De acuerdo a las solicitudes del CZ los casos que desde la secretaría de salud sean identificados y notificados como desnutrición aguda, deberán contar con seguimiento y acercamiento a las familias para la validación de servicios recibidos por la EAPB, tales como:** 5.7. Entrega de FTLC; 5.8. Consulta de CYD; nutrición, pediatría, eximentes complementarios. 5.9. La información recibida deberá registrarse en formato de acta APC anexando los soportes que la familia entregue.	20%	NOV	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 verificación de la RPP con el comité de control social en compañía de la Psicosocial 6.3 Presencia en el espacio	10%	NOV	OK		
		7. Acompañar, verificar y apoyar PSB y BPM	**7 Formatos:** 7.1. Formatos de limpieza y desinfección 7.2 Actualización de PSB 7.3 Actualización de BPM	5%	NOV	OK		
		8. Activación de rutas según sea el caso	8.1 Formatos de seguimientos, remisiones. 8.2 Matriz de seguimiento a casos., Priorizados y remitidos (Formato APC) 8.3. Seguimiento a pumperios(novedades, planeación según corresponda) 8.4 Cierre a casos del contrato.	5%	NOV	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 malnutrición ii Acciones realizadas de cualificación iii Dificultades del componente en el mes 9.2 F8 contractual i Aportes a las obligaciones del componente 9.3 Acompañamiento 24 de noviembre al cierre de experiencias pedagógicas y participación del mismo.	5%	NOV	OK		
				100%				

FIRMA CONTRATISTA		FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Nataly Sarmiento S.	NOMBRE:	Joselyn Rodriguez Galeano
C.C.	1.051.934.509	C.C.	1.144.161.305

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
2025-10	2025-10	1923551221	9493416284	I	2025/11/06	2025/11/12	BANCO CAJA SOCIAL	6	$661,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$320,000	$1,300	$0	$321,300
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$320,000	$1,300	$0	$321,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$48,800	$200	$0	$49,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$48,800	$200	$0	$49,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$40,000	$200	$0	$40,200
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$40,000	$200	$0	$40,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$250,000	$1,000	$0	$251,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$250,000	$1,000	$0	$251,000
TOTAL				1	$658,800	$2,700	$0	$661,500

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
2025-10	2025-10	1923551221	9493416284	I	2025/11/06	2025/11/12	BANCO CAJA SOCIAL	6	$661,500

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
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 1923551221

1 mensaje

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co> 12 de noviembre de 2025, 12:49
Para: sarmientosn892@gmail.com



¡Hola, Nataly sarmiento !

Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: $ 661.500

Empresa: APORTES EN LINEA

Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9493416284

Fecha de la transacción: 12/11/2025

CUS: 1923551221

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.

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
2025-11	2025-11	1944732649	9494883653	I	2025/12/03	2025/11/21	BANCO CAJA SOCIAL	0	$658,800

RESUMEN DE PAGO

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

2025/11/21 06:43 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 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
2025-11	2025-11	1944732649	9494883653	I	2025/12/03	2025/11/21	BANCO CAJA SOCIAL	0	$658,800

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)					$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

2025/11/21 06:43 AM

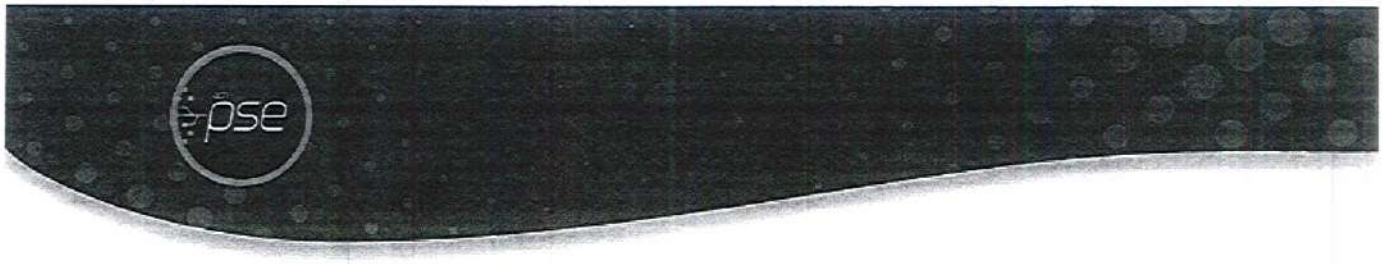
Gmail

Nataly Sarmiento <sarmientosn892@gmail.com>

PSE - Transacción Aprobada ☑ CUS 1944732649

1 mensaje

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co> 21 de noviembre de 2025, 6:43
Para: sarmientosn892@gmail.com



¡Hola, Nataly sarmiento !

Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: $ 658.800

Empresa: APORTES EN LINEA

Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9494883653

Fecha de la transacción: 21/11/2025

CUS: 1944732649

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: BOGOTA D.C Mes: NOVIEMBRE Día: 30 Año: 2025

CUENTA DE COBRO No. 10

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 Noviembre 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 # 1300706 2025

Entregas de cargos totalmente diligenciadas,carnet,chaleco y camiseta por terminación contrato.

PROGRAMA	ETH KENNEDY
NOMBRE	Patricia Velasquez
CARGO	APOYO PEDAGÓGICO
PERIODO y FECHA	NOVIEMBRE

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 CBF), "con las cuatro planeaciones de las áreas correspondientes" 2 Horas efectivas(Estar en los salones comunales 15 minutos del inicio de los encuentros grupales)	20%	NOV	OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (EBH)	2.1. Planeación Encuentro en el hogar (1 por cada participante) 2.2 Cronograma de Visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/o ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atención correspondiente.	20%	NOV	OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentación requerida tanto en físico como en drive (50)	3.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Acomodación de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalización de cada uno de los documentos de los participantes del GA _ 3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas) 3.5 Carpetas rotuladas y foliadas al 100% con la documentación y orden indicado en el plan de gestión documental	5%	NOV	OK		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo el el último viernes de cada mes sus ingresos y egresos ____ durante el mes de Noviembre.	4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes octubre 4.2 Soportes de egreso deben estar para el cierre según lo que indica el plan de gestión documental foliados y completos. 4.3 Soportes de ingreso	10%	NOV	OK		
		5. Entrega de Formatos de RAM, Refrigerios,Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.	5.1 Formato RAM 5.2 Refrigerios 5.3 Formato RPP 5.4 Fotografías uno a uno de la entrega de RPP - en power Point 5.5 Formato de Bienestarina Los documentos entregados en hojas oficio sin tachones ni	10%	NOV	OK		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o por documentos faltantes	6.1 Formato de novedades al 100% para cierre de contrato.	5%	NOV	OK		
		7.Escala cualitativa del desarrollo	7.1 Aplicación de escala. 7.2 Diligenciamiento del formato físico , archivado en cada carpeta y escaneado en el drive de participantes 7.3.Socializando escalas realizados mes anterior. 7.4 Escalas y socialización al 100% para cierre de contrato.	5%	NOV	OK		
		8.Microproyectos	8.1. Debe estar listo y contar con las diferentes retroalimentaciones brindadas en los diferentes acompañamientos. Se seleccionará una propuesta que será la ponente el día de experiencias significativas, se debe llevar una muestra por cada GA y participar en el evento el 24 de noviembre.	10%	NOV	OK		
		9. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faciliten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	9.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS, "Cultura cada región"" 9.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica 9.3 Asistencia a reflexión pedagógica y cualificación a talento humano (5%)	15%	NOV	OK		
				TOTAL 100%				

FIRMA CONTRATISTA	Patricia Velasquez
NOMBRE:	
C.C.	52792170

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Jaselin Rodriguez
C.C.	1118916542

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	93169854	9493996218	I	2025/11/20	2025/11/18	BANCO DE OCCIDENTE	0	$413,300

RESUMEN DE PAGO

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

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11	36404583	9494443110	I	2025/12/17	2025/11/24	BANCO DE OCCIDENTE	0	$413,300

RESUMEN DE PAGO

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

aportes en línea

Planilla Resumen

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

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	Vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					**$1,423,500**	**$227,800**			**$1,423,500**	**$178,000**			**$0**	**$0**			**$1,423,500**		**$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	52792170	VELASQUEZ ANYELA			X														23030 1	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

Banco de Occidente

RECIBO DE PAGO

cha de pago: 24/11/2025 Hora: 12:10:21

Comercio: 13344 No. Terminal: 1896

Trx: 105963654 Id Aut: 404583

mercio: PLATIK - INTERCOM AAA

rección: CR 90 68A 61

RECAUDO DE FACTURAS

TRANSACCIÓN EXITOSA

nvenio: PLANILLA AS APORTES EN LINEA

digo convenio: 1506

ferencia de pago: 9494443110

lor: $413.300.0

ORIGINAL

esponsal bancario para Banco de Occidente. La mpresión de este tiquete implica su aceptación, erifique la infomnación. Este es el único recibo ficial de pago. Requerimientos 018000 514652.

Powered by CamScanner

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

CUENTA DE COBRO No. 10

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 NOVIEMBRE 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,
LUZ MARINA DIAZ CORREDOR
NOMBRE: LUZ MARINA DIAZ CORREDOR
C.C. 51.746.897
DR. Carrera 75 # 36 – 43 sur
Telefono: 3132645931

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

Entregas de cargos totalmente diligenciadas, carnet, chaleco y camiseta por terminación contrato.

PROGRAMA	EIH KENNEDY
NOMBRE	IVC MARLIN DIAZ Cordero
CARGO	APOYO PEDAGOGICO
PERIODO y FECHA	NOVIEMBRE

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 correspondientes" 2 Horas efectivas) Estar en los salones comunales 15 minutos del inicio de los encuentros grupales)	20%	NOV	OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (EIH)	2.1. Planeación Encuentro en el hogar (1 por cada participante) 2.2 Cronograma de Visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/o ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atención correspondiente	20%	NOV	OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentación requerida tanto en físico como en drive (SO)	3.1 Seguimiento mediante la **lista de chequeo** de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Acomodación de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalización de cada uno de los documentos de los participantes del GA_ 3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas) 3.5 Carpetas rotuladas y folladas al 100% con la documentación y orden indicado en el plan de gestión documental	5%	NOV	OK		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo el el último viernes de cada mes sus ingresos y egresos ____ durante el mes de Octubre.	4.1 Formato de Ingresos y egresos _____ en el mes octubre 4.2 Soportes de egreso deben estar para el cierre según lo que indica el plan de gestión documental foliados y completos. 4.3 Soportes de ingreso	10%	NOV	OK		
		5.Entrega de Formatos de RAM, Refrigerios,Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.	5.1 Formato RAM 5.2 Refrigerios 5.3 Formato RPP 5.4 Fotografías uno a uno de la entrega de RPP - en power Point 5.5 Formato de Bienestarina Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni	10%	NOV	OK		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o por documentos faltantes	6.1 Formato de novedades al 100% para cierre de contrato.	5%	NOV	OK		
		7.Escala cualitativa del desarrollo	7.1.Aplicación de escala. 7.2 Diligenciamiento del formato físico , archivado en cada carpeta y escaneado en el drive de participantes 7.3.Socializarlo escalas realizados mes anterior. 7.4 Escalas y socialización al 100% para cierre de contrato.	5%	NOV	OK		
		8.Microproyectos	8.1. Debe estar listo y contar con las diferentes retroalimentaciones brindadas en los diferentes acompañamientos. Se seleccionará una propuesta que será la ponente el día de experiencias significativas, se debe llevar una muestra por cada GA y participar en el evento el 24 de noviembre.	10%	NOV	OK		
		9. Generar espacios y ambientes enriquecidos que falliciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	9.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS, "Cultura cada región" 9.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 9.3 Asistencia a reflexión pedagógica y cualificación a talento humano.(5%)	15%	NOV	OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	IVC MARLIN DIAZ
C.C.	51716897

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Jorelis Rodriguez
C.C.	1117691654

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: 8391419155

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	8391419155
Fecha pago	2025-11-19
Número de autorización pago	91419155
Banco	1052

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

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

PAGADA
8391419155

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

Banco AV Villas

COMPROBANTE PAGO DE PLANILLA ASISTIDA PILA

Número Identificación del Aportante / Pin Único: 51746897

Valor a Pagar $: 504.200

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

PAGO CON NÚMERO DE PLANILLA

Número de Planilla: 8391419155

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

PAGO CON PIN ÚNICO

Operador de Información: _____

Periodo de Cotización a Pagar: Año 2025 Mes 10

APO 001 20251119 13:37:00 959 LINEA 1
PAGADO NOMBRE:COMFENALCO
CAJERO 8391419155 0
IDENTIFICACION 51746897
FECHA APLICACION 20251119 HORA 133734
PAGADO CLIENTE: VERIFIQUE LOS DATOS D
EBITO. Después de retirarse de la
ventanilla no se aceptan reclamos.

Pagado en Servientrega S.A. NIT: 860028830-2 60324

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

---

miplanilla.com
AÑOS Especialistas en Seguridad Social

Identificación aportante: 51746897

Fecha liquidación: 19/11/2025 11:43:07

Tipo de planilla:
I - Planilla de Independientes

Número de planilla: 8391419155

Periodo liquidación: Octubre 2025

Fecha límite de pago	Valor a pagar
26/11/2025*	504200,00

*Pagando en esta fecha se generará intereso moratorio

Información de la planilla

ARL SURA	7500
Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	227500
Compensar EPS	268900

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

Banco de Bogotá
Banco AV Villas
Banco de Occidente

Diligencie el formato de recaudo indicando:

- Número de cédula
- Periodo de pago
- Operador de información: miplanilla.com

51746897
(Corresponde al número de identificación)
Periodo Pensión-Salud: Octubre 2025

Sólo para independientes que han pagado el mismo mes de su liquidación en adelante y en no más de dos (2) ocasiones.

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

8391419155
(Corresponde al número de planilla)

Puntos de pago el mismo día de generación de la planilla:
Punto 4-72, Punto Red, Punto de Pago, Sitios Compensar (Autopista Sur, Av. Primero de Mayo Kennedy, Calle 26, Avenida 68, Calle 42 y Suba), Banco de Bogotá, Banco de Occidente, Red de Cajeros ATH, Almacenes Grupo Exito.
Puntos de pago el día siguiente al de la generación de la planilla:
Banco AV Villas y Red Cerca.
Si paga la planilla después de la hora de cierre de las operaciones bancarias (4:00 p.m.), en horario adicional, durante los fines de semana o festivos, el pago se verá reflejado el siguiente día hábil.
Información importante: Con el objetivo de evitar inconsistencias le invitamos a **confirmar la información reportada en la planilla** antes de realizar el pago, recuerde que una vez

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: 8391580595

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	8391580595
Fecha pago	2025-11-26
Número de autorización pago	11894660
Banco	1023

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

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

Cod. 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

miplanilla.com
Especialistas en Seguridad Social

Identificación aportante: 51746897

Fecha liquidacion: 20/11/2025 10:05:28

Tipo de planilla.

I - Planilla de Independientes

Número de planilla: 8391580595

Periodo liquidacion: Noviembre 2025

Fecha límite de pago (dd/mm/aaaa)	Valor a pagar
23/12/2025*	504200.00

*Pasada esta fecha se generarán intereses de mora

Información de la planilla

ARL SURA	7500
Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	227800
Compensar EPS	268800

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

Banco de Bogotá
Banco AV Villas
Banco de Occidente

- Número de cédula
- Número de pago
- Operador de información miplanilla.com

51746897
(Corresponde al número de identificación)
Periodo Pensión-Salud: Noviembre 2025

Numero de pago en otras entidades
Periodo Pensión - Salud:
Noviembre 2025

8391580595
(Corresponde al número de planilla)

Puntos de pago el mismo día de generación de la planilla:
Punto 4-72, Punto Red, Punto de Pago, Sedes Compensar (Autopista Sur, Av. Primero de Mayo, Kennedy, Calle 68, Avenida 68, Calle 42 y Suba), Banco de Bogotá, Banco de Occidente, Red de Cajeros ATH, Almacenes Grupo Exito.

Puntos de pago el día siguiente al de la generación de la planilla:
Banco AV Villas y Red Caribe.

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

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

Conozca las redes de pago para pago presencial a través de las cuales podrá realizar el pago de su planilla cuando desee.

Multipagas
OFC: 1876 MP Kennedy
FCH: 20/11/2025 02:03:08 PM
CAJ: XMEDINA - XIMENA ROCIO MEDINA SIMBAQUEBA
TER:

TRANSACCION	MOVII PLANILLA ASISTIDA COMPENSAR
REFERENCIA 1	8391580595
REFERENCIA 2	0
REFERENCIA 3	
VALOR	504,200.00

MEDIOS DE PAGO	VALOR
Efectivo Recibido	504,200.00

82960d526f0f4b0aa242612627ada641

Multipagas

Multipagas
OFC: 1876 MP Kennedy
FCH: 20/11/2025 02:03:08 PM
CAJ: XMEDINA - XIMENA ROCIO MEDINA SIMBAQUEBA
TER:

TRANSACCION	MOVII PLANILLA ASISTIDA COMPENSAR
REFERENCIA 1	8391580595
REFERENCIA 2	0
REFERENCIA 3	
VALOR	504,200.00

MEDIOS DE PAGO	VALOR
Efectivo Recibido	504,200.00

82960d526f0f4b0aa242612627ada641

Multipagas

miplanilla.com
Especialistas en Seguridad Social

Identificación aportante: 51746897

Fecha liquidacion: 20/11/2025 10:05:28

Tipo de planilla.

I - Planilla de Independientes

Número de planilla: 8391580595

Periodo liquidacion: Noviembre 2025

Fecha límite de pago (dd/mm/aaaa)	Valor a pagar
23/12/2025*	504200.00

*Pasada esta fecha se generarán intereses de mora

Información de la planilla

ARL SURA	7500
Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	227800
Compensar EPS	268800

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

Banco de Bogotá
Banco AV Villas
Banco de Occidente

- Número de cédula
- Número de pago
- Operador de información miplanilla.com

51746897
(Corresponde al número de identificación)
Periodo Pensión-Salud: Noviembre 2025

Numero de pago en otras entidades
Periodo Pensión - Salud:
Noviembre 2025

8391580595
(Corresponde al número de planilla)

Puntos de pago el mismo día de generación de la planilla:
Punto 4-72, Punto Red, Punto de Pago, Sedes Compensar (Autopista Sur, Av. Primero de Mayo, Kennedy, Calle 68, Avenida 68, Calle 42 y Suba), Banco de Bogotá, Banco de Occidente, Red de Cajeros ATH, Almacenes Grupo Exito.

Puntos de pago el día siguiente al de la generación de la planilla:
Banco AV Villas y Red Caribe.

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

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

Conozca las redes de pago para pago presencial a través de las cuales podrá realizar el pago de su planilla cuando desee.

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

CUENTA DE COBRO No. 10

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: 0550488455831351 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 Noviembre 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 Rocio 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
Teléfono: 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

Entregas de cargos totalmente diligenciadas,carnet,chaleco y camiseta por terminación contrato.

PROGRAMA	EIH KENNEDY
NOMBRE	Maylen Gomez Suarez
CARGO	APOYO PEDAGOGICO
PERIODO y FECHA	NOVIEMBRE

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 correspondientes" 2 Horas efectivas(Estar en los salones comunales 15 minutos del inicio de los encuentros grupales)	20%	NOV	OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (EIH)	2.1. Planeación Encuentro en el hogar (1 por cada participante) 2.2 Cronograma de Visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/o ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atención correspondiente.	20%	NOV	OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentación requerida tanto en físico como en drive (50)	3.1 Seguimiento mediante la **lista de chequeo** de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Acomodación de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalización de cada uno de los documentos de los participantes del GA _ 3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas) 3.5.Carpetas rotuladas y folladas al 100% con la documentación y orden indicado en el plan de gestión documental	5%	NOV	OK		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo el el ultimo viernes de cada mes sus ingresos y egresos ____ durante el mes de Octubre.	4.1 Formato de Ingresos y egresos _____en el mes octubre 4.2 Soportes de egreso deben estar para el cierre según lo que indica el plan de gestión documental follados y completos. 4.3 Soportes de ingreso	10%	NOV	OK		
		5.Entrega de Formatos de RAM, Refrigerios,Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.	5.1 Formato RAM 5.2 Refrigerios 5.3 Formato RPP 5.4 Fotografías uno a uno de la entrega de RPP - en power Point 5.5 Formato de Bienestarina	10%	NOV	OK		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o por documentos faltantes	6.1 Formato de novedades al 100% para cierre de contrato.	5%	NOV	OK		
		7.Escala cualitativa del desarrollo	7.1.Aplicación de escala. 7.2 Diligenciamiento del formato físico , archivado en cada carpeta y escaneado en el drive de participantes 7.3.Socializarlo escalas realizadas mes anterior. 7.4 Escalas y socialización al 100% para cierre de contrato.	5%	NOV	OK		
		8.Microproyectos	8.1. Debe estar listo y contar con las diferentes retroalimentaciones brindadas en los diferentes acompañamientos. Se seleccionará una propuesta que será la ponente el día de experiencias significativas, se debe llevar una muestra por cada GA y participar en el evento el 24 de noviembre.	10%	NOV	OK		
		9. Generar espacios y ambientes enriquecidos que falliciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	9.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS, "Cultura cada región"" 9.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 9.3 Asistencia a reflexión pedagógica y cualificación a talento humano.(5%)	15%	NOV	OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	Maylen Gomez Suarez
NOMBRE:	Maylen Gomez Suarez
C.C.	1.030.555.808

FIRMA COORDINADORA	Yoselito Rodriguez
NOMBRE:	
C.C.	1.116916542

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: 8390809878

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	8390809878
Fecha pago	2025-11-06
Número de autorización pago	33414551
Banco	1023

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

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	7500	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	227800	1
EPS008	Compensar EPS	178000	1

PAGADA 8390809878

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

NOV 05 2025 17:28:38 REIMPRESION 6

CORRESPONSAL
MISELANEA Y PAPELERIA
CALLE 56 SUR N 80 07

BANCO DE BOGOTA

C. UNICO: 008946963 1 TER: V4ZZZ182
V. ELECTRON Cc
**0029 RECIBO: 000221 RRN: 000746
RECAUDO APRO: 910936

SERVICIO: 0000001138
FACTURA: 0000000008390809878

**** PAGO FACTURA ****
TRANSACCION EXITOSA

RECAUDO $ 413.300

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

Scanned with CamScanner

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: 8391428790

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	MAYERLY ANDREA GOMEZ SUAREZ	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC1030555808	**Periodo de Cotización Salud**	noviembre de 2025
Número de planilla	8391428790	**Periodo de Cotización Pensión**	noviembre de 2025
Fecha pago	2025-11-18	**Número de Administradoras**	3
Número de autorización pago	35448631	**Total Pagado**	413300
Banco	1023	**Total Intereses de Mora**	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	7500	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	227800	1
EPS008	Compensar EPS	178000	1

PAGADA
8391428790

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

NOV 18 2025 10:54:41 RBMICT10.6

CORRESPONSAL
MISELANEA Y PAPELERIA
CALLE 56 SUR N 80 07

BANCO DE BOGOTA

C. UNICO: 0089469631 TER: V4ZZZ182
V. ELECTRON Cc
**0029 RECIBO: 000261 RRN: 000837
RECAUDO APRO: 880756

SERVICIO: 0000001138
FACTURA: 0000000008391428790

** PAGO FACTURA **
TRANSACCION EXITOSA

RECAUDO $ 413.300

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

Scanned with CamScanner

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

CUENTA DE COBRO No. 10

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: 0550488456049938 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 NOVIEMBRE 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
Coordinadora
C.C. 52.278.676

Aprobado por:

Ana Rocío 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

Entregas de cargos totalmente diligenciadas,carnet,chaleco y camiseta por terminación contrato.

PROGRAMA	EIHKENNEDY
NOMBRE	Nicol Barrero
CARGO	APOYO PEDAGOGICO
PERIODO y FECHA	NOVIEMBRE

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 correspondientes" 2 Horas efectivas(Estar en los salones comunales 15 minutos del inicio de los encuentros grupales)	20%	NOV	OK		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (EIH)	2.1. Planeación Encuentro en el hogar (1 por cada participante) 2.2 Cronograma de Visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/o _____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atención correspondiente.	20%	NOV	OK		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentación requerida tanto en físico como en drive (50)	3.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Acomodación de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalización de cada uno de los documentos de los participantes del GA _ 3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas) 3.5 Carpetas rotuladas y folladas al 100% con la documentación y orden indicado en el plan de gestión documental	5%	NOV	OK		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo el el ultimo viernes de cada mes sus ingresos y egresos _____ durante el mes de Octubre.	4.1 Formato de Ingresos y egresos _____ en el mes octubre 4.2 Soportes de egreso deben estar para el cierre según lo que indica el plan de gestión documental foliados y completos. 4.3 Soportes de ingreso	10%	NOV	OK		
		5 Entrega de Formatos de RAM, Refrigerios,Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras.	5.1 Formato RAM 5.2 Refrigerios 5.3 Formato RPP 5.4 Fotografías uno a uno de la entrega de RPP - en power Point 5.5 Formato de Bienestarina Los documentos entregados en nuestra sin tachones ni	10%	NOV	OK		
		6. Entrega del formato de novedades por inasistencia, gripa, o por documentos faltantes	6.1 Formato de novedades al 100% para cierre de contrato.	5%	NOV	OK		
		7 Escala cualitativa del desarrollo	7.1 Aplicación de escala 7.2 Diligenciamiento del formato físico , archivado en cada carpeta y escaneado en el drive de participantes 7.3 Socializarlo escalas realizadas mes anterior. 7.4 Escalas y socialización al 100% para cierre de contrato.	5%	NOV	OK		
		8 Microproyectos	8.1. Debe estar listo y contar con las diferentes retroalimentaciones brindadas en los diferentes acompañamientos. Se seleccionará una propuesta que será la ponente el día de experiencias significativas, se debe llevar una muestra por cada GA y participar en el evento el 24 de noviembre.	10%	NOV	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 físicos de la UDS, "Cultura cada región" 9.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 9.3 Asistencia a reflexión pedagógica y cualificación a talento humano.(5%)	15%	NOV	OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	Nicol Barrero
C.C.	1233489641

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

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	Días Mora	Valor
2025-10	2025-10	1912940884	9493677584	I	2025/11/12	2025/11/10	NEQUI	0	$446,800

RESUMEN DE PAGO

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

2025/11/07 07:28 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
2025-10	2025-10	1912940884	9493677584	I	2025/11/12	2025/11/10	NEQUI	0	$446,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

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

2025/11/07 07:28 PM

¡Pago exitoso!

Hiciste un pago en APORTES EN LINEA por $446.800
Fecha: El 20 de noviembre de 2025
Hora: 8:14 p. m.

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

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
2025-11	2025-11	1944198567	949496813	I	2025/12/10	2025/11/21	NEQUI	0	$446,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

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

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	Días Mora	Valor
2025-11	2025-11	1944198567	9494966813	I	2025/12/10	2025/11/21	NEQUI	0	$446,800

RESUMEN DE PAGO

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

¡Pago exitoso!

- Hiciste un pago en APORTES EN LINEA por $446.800
Fecha: El 7 de noviembre de 2025
Hora: 7:27 p. m.

- 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

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

CUENTA DE COBRO No. 10

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: 0550488456082673 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 Noviembre 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 Rocio 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.

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO POR CARGO
ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
CEO # 11007062025
Entregas de cargos totalmente diligenciadas,carnet,chaleco y camiseta por terminación contrato.

PROGRAMA	EH KENNEDY
NOMBRE	Yulieth Natalia Muñoz Z.
CARGO	APOYO PEDAGOGICO
PERIODO y FECHA	NOVIEMBRE

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 correspondientes" 2 Horas efectivas(Estar en los salones comunales 15 minutos del inicio de los encuentros grupales)	20%	NOV	Ok		
		2. Desarrollar de manera asertiva, planeada y evaluada encuentros educativos en el hogar de mínimo 60 minutos de formación (EHH)	2.1. Planeación Encuentro en el hogar (1 por cada participante) 2.2 Cronograma de Visitas, con las respectivas Firmas - que evidencie el Desarrollo de los 50 y/o ____ encuentros en el hogar, de acuerdo a su Grupo de atención correspondiente.	20%	NOV	Ok		
		3. Carpetas Organizadas, archivadas y digitalizadas con la documentación requerida tanto en físico como en drive (50)	3.1 Seguimiento mediante la lista de chequeo de los documentos entregados por los padres y/o acudientes del participante 3.2 Acomodación de las cajas respectivas con sus carpetas organizadas por grupo etario por cada GA y sus UA 3.3 Digitalización de cada uno de los documentos de los participantes del GA _ 3.4 Archivo Físico y Digital de los documentos en las carpetas respectivas (carpetas) 3.5 Carpetas rotuladas y foliadas al 100% con la documentación y orden indicado en el plan de gestión documental	5%	NOV	OK		
		4. Ingresos y Egresos Informar al administrativo el el ultimo viernes de cada mes sus ingresos y egresos ____ durante el mes de Octubre.	4.1 Formato de ingresos y egresos _____ en el mes octubre 4.2 Soportes de egreso deben estar para el cierre según lo que indica el plan de gestión documental foliados y completos. 4.3 Soportes de ingreso	10%	NOV	OK		
		5 Entrega de Formatos de RAM, Refrigerios,Rpp y Bienestarina sin tachones ni enmendaduras	5.1 Formato RAM 5.2 Refrigerios 5.3 Formato RPP 5.4 Fotografías uno a uno de la entrega de RPP - en power Point 5.5 Formato de Bienestarina Los documentos entregados en buen estado sin tachones ni	10%	NOV	OK		
		6. Entrega del Formato de novedades por inasistencia, gripa, o por documentos faltantes	6.1 Formato de novedades al 100% para cierre de contrato.	5%	NOV	Ok		
		7 Escala cualitativa del desarrollo	7.1 Aplicación de escala 7.2 Diligenciamiento del formato físico , archivado en cada carpeta y escaneado en el drive de participantes 7.3 Socializarlo escalas realizadas mes anterior. 7.4 Escalas y socialización al 100% para cierre de contrato	5%	NOV	Ok		
		8 Microproyectos	8.1. Debe estar listo y contar con las diferentes retroalimentaciones brindadas en los diferentes acompañamientos. Se seleccionará una propuesta que será la ponente el día de experiencias significativas, se debe llevar una muestra por cada GA y participar en el evento el 24 de noviembre.	10%	NOV	Ok		
		9. Generar espacios y ambientes enriquecidos que faliciten el ejercicio pedagógico y sean acordes a las intencionalidades de la UDS	9.1 Ambientación de espacios físicos de la UDS, "Cultura cada región" 9.2 Los espacios intervenidos deben contar con una intencionalidad pedagógica. 9.3 Asistencia a reflexión pedagógica y cualificación a talento humano (5%)	15%	NOV	OK		
			TOTAL	100%				

FIRMA CONTRATISTA	
NOMBRE:	Yulieth Natalia Muñoz Z.
C.C.	1032.492.656

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Joselito Rodriguez
C.C.	1-1169165421

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	
2025-10	2025-10	I	18/11/2025	91038810	$414.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	178.000	0		0		0	4	500	0	178.500	1

TOTALES PENSIÓN

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

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	7.500				7.500	4	100	7.600			75	7.600	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	4	0	0	0
ICBF				
0	4	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.500
Pensión	1	227.800	228.400
Riesgos Laborales	1	7.500	7.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	413.300	414.500

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

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

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-10	1	18/11/2025	91038810	$414.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES													PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza en exterior	Extranjero	IRET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1032492656	MUÑOZ ZAMORA YULIETH NATALIA	59	0			N															230301	1.423.500	227.800	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

DAVIVIENDA

1 mensaje

<BANCO_DAVIVIENDA@davivienda.com> lun, 17 nov 2025 a la hora 8:58 a. m.
Para: NATHUMUNOZ@gmail.com

Apreciado(a) YULIETH NATALIA:

Le informamos que se ha registrado el siguiente movimiento de su Cta de Ahorros terminada (o) en ****2673:

Fecha:2025/11/17
Hora:8:57:19
Valor Transacción: $414,500
Clase de Movimiento: Descuento Pago Planilla Unica Internet,
Lugar de Transacción:PSE COMPENSAR-OI

BANCO DAVIVIENDA

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	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	
2025-11	2025-11	I	21/11/2025	91636448	$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	
2025-11	2025-11	I	21/11/2025	91636448	$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	Cotiz. exterior	Colombiano	IRET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	Código novedad	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1032492656	MUÑOZ ZAMORA YULIETH NATALIA	59	0			N																230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	1	7.500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

¡Pago exitoso!
1 mensaje

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

vie, 21 nov 2025 a la hora 7:49 a. m.



¡Pago exitoso!

Hiciste un pago en COMPENSAR-OI por $413.300
Fecha: El 21 de noviembre de 2025
Hora: 7:49 a. m.

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: NOVIEMBRE Día: 31 Año: 2025

CUENTA DE COBRO No. 3

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: 055048845461314 9 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 NOVIEMBRE 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	OCTUBRE

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%	NOV	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%	NOV	OK		
		8. Custodia y control de los equipos.	8.1 Relación de fotocopiado e impresiones	15%				
			TOTAL	100%				

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

FIRMA COORDINADORA	
NOMBRE:	Joselito Rodriguez
C.C.	1116911642

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	sayojgo3210@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	
2025-10	2025-10	I	10/11/2025	90757508	$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

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	sayojgo3210@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ, D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-10	1	10/11/2025	90757508	$414.800	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Solidario	Extranjero	Colom. exterior	Expensado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	52826303	JIMENEZ GOMEZ SANDRA YOMAR	59	0			N																		230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS005	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	1	7.500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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