FUNDACIÓN ACDI/VOCA LA TRANSFORMANDO REALIDADES

COMPROBANTE DE EGRESO CON AFECTACIÓN PRESUPUESTAL

NIT: 901,210,177.4
Cr 10 80 66 Tel: 3212210
COMPROBANTE DE EGRESO No. 10975

Beneficiario: ABRIL CANCHON WENDY CATHERINE
NIT/C.C. 1,032,482,540.0 **Tel:** 30035588
Fecha: 29/08/2025
Valor: 4,446,000

Orden(es) de Pago:
273012

Facturas:
DS609PROI

Descripción:
J1071-01-ICA-609 CONSULTORA PROFESIONAL PSICOSOCIAL

DETALLE CONTABLE:

Cod. Cuenta	Nombre Cuenta	NIT o C.C.	C.Costos	Débitos	Créditos
511035	ASESORIA TECNICA	1,032,482,540.0	1071	4,446,000	
233525	HONORARIOS	1,032,482,540.0	1071		4,446,000
			SUMAS IGUALES	**4,446,000**	**4,446,000**

DETALLE CE:

Cod. Cuenta	Nombre Cuenta	NIT o C.C.	C.Costos	Débitos	Créditos
233525	HONORARIOS	1,032,482,540.0	1071	4,446,000	
11100511	CTA CTE 17800003666 SED		1071		4,446,000
			SUMAS IGUALES	**4,446,000**	**4,446,000**

Valor en Letras CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL PESOS M.C.********

ANA VICTORIA HIGUERA MORALES
ELABORÓ

ERIKA MARIA ARANGO PUERTA
APROBÓ

Recibo individual de pagos - Sucursal Virtual

Bancolombia

NIT. 890.903.938-8

PAGADO AGOSTO 2025
VO 10975

Compañía: FUNDACION ACDI / VOC

NIT Compañía: 0901210177

Fecha Actual: Lunes, 01 de septiembre de 2025 - 10:34 AM

Número de cuenta:	00000000139230403	Tipo de cuenta:	Ahorros
Entidad:	BANCO BBVA	Cuenta local:	E
Nombre de beneficiario:	WENDY ABRIL CANCHO	Documento:	000001032482540
Valor:	4.446.000,00	Cheque:	0
Concepto:	PROD1	Referencia:	
Estado:	ABONADO EN ENTIDAD DE ACH		
Fecha de aplicación:	29 de Agosto de 2025		

FUNDACIÓN ACDI/VOCA LA TRANSFORMANDO REALIDADES	# ORDEN DE PAGO	CÓDIGO	FN-F-013
		VERSIÓN	1
		FECHA DE VIGENCIA	3/07/2023

Por favor presentar a Contabilidad por lo menos cinco (5) días antes de la fecha requerida de pago

Descripción: Pago producto #1 contrato J1071-01-ICA-609 - Consultora Psicosocial para el Convenio de Cooperación Internacional CO1.PCCNTR.8057332 con la Secretaría de Educación Distrital-SED

Tipo de Pago: [X] **Transferencia** [ ] **Cheque**

Proveedor: Wendy Catherine Abril Canchon

Dirrección: Tv 78 I # 69 A 17 Sur

Fecha requerido: 21/08/2025

Número de Factura:

Solicitado Por: Ana Maria Mendoza — Fecha: 21/08/2025

Revisado Por: - — Fecha:

Aprobado Por: Diana Carolina Cabrera Moreno — Fecha: 21/08/2025

Gastos por item			Códigos		
			Código de Proyecto	Area Financiera - Proyectos	
Fecha	Descripción	Monto		Código beneficiario	Cuenta Agresso
21/08/2025	Pago producto #1 contrato J1071-01-ICA-609 - Consultora Psicosocial para el Convenio de Cooperación Internacional CO1.PCCNTR.8057332 con la Secretaría de Educación Distrital-SED	4.446.000	J1071-01-ICA		
i,					
.					

TOTAL : **4.446.000**

INFORMACION DE TRANSFERENCIA BANCARIA

Nombre de la cuenta: Wendy Catherine Abril Canchon

No. de la cuenta: 0139230403

Nit/CC 1.032.482.540

Nombre del Banco: BBVA

Cidad: Bogota

Descripción/instrucciones especiales: Cuenta de ahorros

Monto Transferir **$** **4.446.000**

AREA FINANCIERA

BASE	%	RETENCIÓN

ANTICIPO

TOTAL A PAGAR

FORMATO 012017

FUNDACIÓN ACDI/VOCA LA TRANSFORMANDO REALIDADES	DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR	Código: AD-F-031 Versión: 2 Fecha de vigencia: 01-03-2024

FUNDACION ACDIVOCA L.A.
NIT No. 901.210.177-4
IMPTO RENTA Y COMPL. RÉGIMEN ESPECIAL - CÓD ACTIVIDAD ECONÓMICA 9499

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

PROVEEDOR Y/O CONSULTOR

NOMBRE: Wendy Catherine Abril Canchón
NIT / CC: 1.032.482.540
DIRECCIÓN: Transversal 78 i # 69 a 17 sur
TELÉFONO: 3003558871
CIUDAD/ MUNICIPIO: Bogotá

CANTIDAD	CONCEPTO	VR UNITARIO	VALOR TOTAL
1	Producto 1- Contrato consultora independiente J1071-01-ICA- 609	4.446.000	4.446.000
		0	0
		0	0
VR. EN LETRAS:	Cuatro Millones Cuatrocientos Cuarenta y Seis Mil Pesos M/Cte	TOTAL A PAGAR	4.446.000

En cumplimiento de lo establecido en el decreto 2231 de 2023, manifiesto bajo gravedad de juramento que no se tomarán costos o deducciones asociados a estos ingresos. X

Firma:
Wendy Catherine Abril Canchón
1.032.482.540

Scanned with CamScanner

Bogotá, 20 de Agosto 2025

Señores.
Fundación ACDI/VOCA LA

Cordial saludo.

Yo, **Wendy Catherine Abril Canchón**, identificada con cédula de ciudadanía número 1.032.482.540 de Bogotá DC, **consultora profesional psicosocial** para el Convenio de Cooperación Internacional CO1.PCCNTR.8057332 con la Secretaría de Educación Distrital SED con Número de contrato J1071-01-ICA-609, Quiero informar a través de la presente que los aportes al sistema de seguridad social como consultor independiente los realizare de forma mes vencido, comprometiéndome que a la finalización del contrato el 40% estará cubierto con los aportes correspondientes.

Hago constar la validez de esta carta para los fines pertinentes.



Wendy Catherine Abril Canchón
CC. 1.032.482.540 de Bogotá DC
Cel. 300 355 8871

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4015325112	1|9|0|8|2|0|2|5

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

1.tipo de tramite	2.Tipo afiliacion		3.Regimen	4.Contribución Solidaria
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	B. Colectiva ☐	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐	Si ☐ No ☒

5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7.Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐	A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐	3

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres			
ABRIL (Primer apellido)	CANCHON (Segundo apellido)	WENDY (Primer nombre)	CATHERINE (Segundo nombre)

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	1032482540	Femenino ☒ Masculino ☐	F ☒ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento				15.Fecha Nacimiento
COLOMBIA	Pais: COLOMBIA	Departamento: BOGOTA	Municipio: BOGOTA		1|5|0|5|1|9|9|6

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia	17.Comunidad	18.Discapacidad	Si ☐ No ☒
6		Categoria Discapacidad	

19.Tiene encuesta SISBEN	20.Clasificación SISBEN		21.Grupo población especial
SI ☐ NO ☒	Nivel	Grupo	

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	PORVENIR FPC	4446000	

26.Residencia				
TV 78 I 69 A 17 Dirección	Telefono fijo	3003558871 Telefono celular	CATHERINEABRIL.CAN@GMAIL.COM Correo electronico	
BOGOTA Departamento	BOGOTA Municipio/Distrito	BOSA Localidad / comuna	zona	Urbana cabecera municipal ☐ Urbana centro poblado ☒ Rural dispersa ☐ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

27. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

28. Tipo documento de identidad	29. Número documento identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

32. Nacionalidad	33.Lugar Nacimiento			34.Fecha Nacimiento
	Pais:	Departamento:	Municipio:	

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

35. Apellidos y nombres

	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo documento de identidad	37. Número de identidad	38. Nacionalidad	39.Sexo Biológico		40.Sexo Identificación						41.Lugar Nacimiento			42.Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	otro	cual	Pais	Departamento	Municipio	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

	43.Parentesco	44.Etnia	45.Comunidad	46.Grupo poblacional especial	47.Encuesta SISBEN		48.Clasificación SISBEN		49.Discapacidad			50.Incapacidad Permanente	
					Si	No	Nivel	Grupo	Si	No	Categoria	Si	No
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/Distrito	Zona				Teléfono Fijo y/o celular	52.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
			Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Resto rural		
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electronico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS GRAN PLAZA BOSA - VS GRAN PLAZA BOSA	VSPLAZABOS - VSPLAZABOS
B	-	-
B	-	-
B	-	-

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
WENDY CATHERINE ABRIL CANCHON	CC	1032482540	01

59.Ubicación				
TV 78 I 69 A 17 Dirección	3003558871 Teléfono fijo o celular	CATHERINEABRIL.CAN@GMAIL.COM Correo electrónico	BOGOTA Departamento	BOGOTA Municipio/distrito

No de Radicacion
4015325112

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	62. Sexo biológico	63.Sexo identificación	64.Fecha de nacimiento
☐		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	

65.EPS anterior	66.Fecha de Novedad	67.Motivo de traslado Código:	68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	0|1|0|8|2|0|2|5	☐	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad
☐	

IX. FIRMAS

80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario

81. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

X.ANEXOS

- ☐ 82.Anexo Copia del documento de identidad: CN.☐ RC.☐ TI.☐ CC.☐ PA.☐ CE.☐ CD.☐ SC.☐ PT.☐ Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0
- ☐ 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 84. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ 86. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ 87.Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ 88.Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ 89.Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ 90.Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 91.Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

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

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

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

94. Apellidos y Nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	95.Firma del funcionario
☐		
96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación	

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.

CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN

Colmena Seguros se permite certificar que el(la) trabajador(a) mencionado(a) a continuación se encuentra afiliado(a) a esta administradora, bajo los siguientes datos:

NOMBRE:	ABRIL CANCHÓN WENDY CATHERINE
IDENTIFICACIÓN:	CC 1032482540
INICIO VIGENCIA:	09/08/2025
FECHA INICIO CONTRATO:	01-08-2025
FECHA FIN CONTRATO:	15-12-2025
TIPO DE TRABAJADOR:	Independiente
SEDE:	PRINCIPAL
CLASE:	3
TASA:	2,436
CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA DEL TRABAJADOR:	3722001
DESCRIPCION ACTIVIDAD ECONOMICA:	Investigaciones y desarrollo experimental en el campo de las ciencias sociales y las humanidades, incluye en ciencias sociales: en derecho, trabajo social, economía, psicología y sociologí (Decreto 768 de 2022)

DATOS CONTRATANTE

CONTRATANTE:	FUNDACION ACDI VOCA L A
CC /NIT:	NI 901210177
CONTRATO:	1137862
ESTADO ACTUAL CONTRATO:	VIGENTE
CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA DEL CENTRO DE TRABAJO:	3711001
DESCRIPCION ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de arquitectura e ingeniería y otras actividades conexas de consultoría técnica, incluye trabajo de campo para estudios geofísicos, geológicos, topografía, y sismo (Decreto 768 de 2022)

La presente se expide a los 19 días del mes de agosto del año 2025.

Cualquier información adicional que se requiera sobre los datos contenidos en el presente documento, no dude en consultarla a través de nuestra Línea Efectiva 01-8000-9-19667 gratis a nivel nacional o al teléfono 6014010447 en Bogotá.

Cordialmente,



Gerente de Servicio

Colmena Seguros

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
Colmena Seguros de Vida S.A. | Colmena Seguros Riesgos Laborales S.A.

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 19/08/2025 16:19:26. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A

En condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.144.331 - 3

CERTIFICA QUE:

WENDY CATHERINE ABRIL CANCHON, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.032.482.540**, se encuentra afiliado(a) al **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR** desde el 26 de junio de 2019.

La presente certificación se expide el 19 de Agosto del 2025.

Cordialmente,

Gerente de Clientes

En Porvenir nos transformamos pensando en tu comodidad, por esto, ponemos a tu disposición los canales digitales para que consultes y obtengas la información de tus productos.

App Porvenir | www.porvenir.com.co

FUNDACIÓN ACDI/VOCA LA TRANSFORMANDO REALIDADES	**ACTA DE RECEPCION**	Código: AD-F-026 Vesión: 1 Fecha de Vigencia: 01-02-2024

Nombre del Proyecto Convenio de Cooperación Internacional CO1.PCCNTR.8057332 con la Secretaría de Educación Distrital-SED

Codigo del Proyecto J1071-01-ICA-01

Fecha de Recepcion		
22	8	2025
DIA	MES	AÑO

El dia 22 de agosto 2025

Número de Contrato J1071-01-ICA-609

CANTIDAD	UNIDAD	DESCRIPCION	SERIALES
1	1	Recepción y aprobación producto #1 contrato J1071-01-ICA-609 - Consultor profesional psicosocial para el Convenio de Cooperación Internacional CO1.PCCNTR.8057332 con la Secretaría de Educación Distrital-SED	

Recibido Por: Diana Carolina Cabrera
Cargo: Gerente de Desarrollo Estrategico