ALCALDÍA MUNICIPAL DE COTA	PROCESO GESTIÓN CONTRACTUAL	CÓDIGO: PRGC17-0000-0000-FO02
		VERSIÓN: **02**
	FORMATO ACTA DE CORTE DE PAGO	FECHA APROBACIÓN: 10/06/2022
		Página 1 de 1

1. INFORMACIÓN CONTRATISTA							
Fecha:	1/04/2024	**Acta de Corte N°**	1	**Periodo Ejecución:**	2/03/2024	**al**	31/03/2024
Persona natural:	x	**Persona jurídica:**		**Modalidad contratación:**	CONTRATACIÓN DIRECTA		
Numero cedula:	1.010.029.898	**NIT:**		**N° contrato:**	SDM-CD-515-2024		
Nombre contratista:	PAULA MICHEL HERNANDEZ REYES						
Correo electrónico:	PAMICHELH@GMAIL.COM			**Numero de contacto:**	3195371600		
Nombre y cargo del supervisor:	DIANA CAROLINA BARBOSA ARÉVALO Secretaria de Desarrollo Social						

OBJETO DE CONTRATO:

PRESTACION DE SERVICIOS TECNICOS DE APOYO A LA GESTION PARA LAS ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA DE LA SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL DEL MUNICIPIO DE COTA CUNDINAMARCA

2. BALANCE FINANCIERO		
Valor inicial del contrato:	$	24.800.000,00
Adicional N°1 **(SI APLICA)**:		
Adicional N°2 **(SI APLICA)**:	$	-
Adicional N°3 **(SI APLICA)**:	$	-
Adicional N°4 **(SI APLICA)**:	$	-
Adicional N°5 **(SI APLICA)**:	$	-
Adicional N°6 **(SI APLICA)**:	$	-
Adicional N°7 **(SI APLICA)**:	$	-
Valor total del contrato:	$	24.800.000,00
Acta de corte **(1)**:	$	2.996.667,00
Acta de corte **(2)**:		
Acta de corte **(3)**:		
Acta de corte **(4)**:		
Acta de corte **(5)**:		
Acta de corte **(6)**:		
Acta de corte **(7)**:		
Acta de corte **(8)**:		
Acta de corte **(9)**:		
Acta de corte **(10)**:		
Acta de corte **(11)**:		
Acta de corte **(12)**:		
Valor ejecutado:	$	2.996.667,00
Saldo por ejecutar:	$	21.803.333,00

3. GENERALIDAD DE CONTRATISTA	
Plazo inicial del contrato:	Ocho (8) meses
Prorroga N° 1 **(SI APLICA)**:	
Prorroga N° 2 **(SI APLICA)**:	N/A
Prorroga N° 3 **(SI APLICA)**:	N/A
Fecha de acta de inicio:	2/03/2024
Suspensión N° 1 **(SI APLICA)**:	N/A
Reinicio N° 1 **(SI APLICA)**:	N/A
Suspensión N° 2 **(SI APLICA)**:	N/A
Reinicio N° 2 **(SI APLICA)**:	N/A
Tiempo de cesión **(SI APLICA)**:	N/A
Plazo total del contrato:	Ocho (8) meses
Fecha de terminación del contrato:	1/11/2024
Nombre cedente **(SI APLICA)**:	N/A
Identificación del cedente **(SI APLICA)**:	N/A
	N/A
Numero del contrato objeto de la cesión **(SI APLICA)**:	N/A
	N/A
Fecha de cesión de contrato **(SI APLICA)**:	N/A
	N/A

4. RELACIÓN DE ANEXOS ENTREGADOS	PAGINAS	SI	NO
Informe de actividades:	5	X	
Cuenta de cobro y/o factura:	1	X	
Planilla de seguridad social	2	X	
Certificado de aportes suscritas por el revisor fiscal:			X
Copia tarjeta profesional del contador o revisor fiscal:			X
Certificado de la junta de contadores persona jurídica:			X
Otros: Acta de Inicio,certificación bancaria, certificacion ARL	3	X	
Anexo, Medio magnético CD, USB, OTROS: CD		X	

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DEL SUPERVISOR

El suscrito supervisor, certifica que previa revisión del acta de corte, y los anexos relacionados con el informe de actividades CUMPLE con los requisitos legales necesarios para autorizar el pago.

5. OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

Toda la información registrada y cargada en el aplicativo SECOP II, por el contratista se presenta de manera digital, dejando constancia del aval por el supervisor en el mismo aplicativo SECOP II. Los productos y soportes entregados reposarán en la plataforma de almacenamiento de la Entidad.

Paula H.

NOMBRE:PAULA MICHEL HERNANDEZ REYES

CONTRATISTA

NOMBRE: DIANA CAROLINA BARBOSA ARÉVALO

SUPERVISOR U ORDENADOR DEL GASTO

	ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
NOMBRE	SANDRA MILENA ACOSTA	LILIA DEL PILAR ESQUIVEL GARCIA	DIANA CAROLINA BARBOSA ARÉVALO
CARGO	CONTRATISTA	JURÍDICA	SUPERVISOR
FIRMA			
FECHA:	1/04/2024	1/04/2024	1/04/2024

Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el acta de corte, el informe de actividades y sus anexos encontrandolos ajustados a las normas y disposiciones legales vigentes

FECHA	NÚMERO DE CONTRATO	ACTA DE CORTE N°	PERIODO DE EJECUCIÓN		
01 de abril 2024	SDM-CD-515-2024	1	02-03-2024	al	31-03-2024

Nombre Del Contratista	PAULA MICHEL HERNANDEZ REYES	**No. DE IDENTIFICACIÓN**	1.010.029.898
Nombre y Cargo Del Supervisor	DIANA CAROLINA BARBOSA AREVALO SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL		
Objeto del Contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS TÉCNICOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA LAS ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA DE LA SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL DEL MUNICIPIO DE COTA CUNDINAMARCA.		

MEDIOS DE VERIFICACIÓN: Seleccionar uno o más de los siguientes medios de verificación para cada una de las actividades desarrolladas en las obligaciones específicas contractuales e indicarlos dentro del cuadro correspondiente.

- Actas de reunión.
- Documentos técnicos
- Actos administrativos
- Registro fotográfico.
- Listado asistencia
- Listado correspondencia
- Concepto Técnico
- Lista atención público
- Listado visitas
- Diapositivas
- Actas
- Otro Documento
- Encuestas

1. DESARROLLO DEL INFORME

OBLIGACIONES ESPECIFICAS CONTRACTUALES:

1. Realizar supervisión técnica a las unidades de servicio de alimentación de los programas de Primera Infancia, Discapacidad, Adulto Mayor en las modalidades de: refrigerios y almuerzos, bajo las siguientes condiciones

ACTIVIDADES DESARROLLADAS	MEDIOS DE VERIFICACIÓN
Realicé visitas a las diferentes unidades de servicio de los programas de asistencia alimentaria: - Dos (2) visitas al programa de adulto mayor en la casa del abuelo en la modalidad de refrigerios. - Una (1) visita al programa de discapacidad en modalidad de refrigerio en Renacer. - Dos (2) visitas al jardín Caminito Alegre (vereda Rozo) en modalidad de refrigerio y almuerzo. - Dos (2) visitas al jardín Creciendo Juntos en modalidad de refrigerios. en el sector Centro. - Tres (3) visitas al jardín de la vereda La Moya en modalidad de refrigerio y almuerzos. - Cuatro (4) visitas al jardín Libertador en la modalidad de refrigerios. - Dos (2) visitas al jardín Manitas Creativas en la modalidad de almuerzo y refrigerio. - Tres (3) visitas al jardín Mi Dulce Esperanza en la modalidad de almuerzos y refrigerio. - Dos (2) visitas al jardín Mi Pequeño Hogar en la vereda el Abra en la modalidad de refrigerios. - Dos (2) visitas al jardín Personitas Felices en la vereda Parcelas en la modalidad de refrigerios.	• Registro Fotográfico • Otro documento (Formatos supervisión).

OBLIGACIONES ESPECIFICAS CONTRACTUALES:	
2. Conocer y aplicar adecuadamente en las visitas los instrumentos diseñados para tal fin.	
ACTIVIDADES DESARROLLADAS	**MEDIOS DE VERIFICACIÓN**
En cada visita a los programas de Primera Infancia, Discapacidad y Adulto Mayor realicé el diligenciamiento de los formatos provistos por la coordinación como herramienta para supervisión. Así mismo el diligenciamiento de los formatos de visita a la bodega del Operador.	• Otro documento (Formatos)
OBLIGACIONES ESPECIFICAS CONTRACTUALES:	
3. Entregar reporte fotográfico de las visitas realizadas a las unidades de servicio.	
ACTIVIDADES DESARROLLADAS	**MEDIOS DE VERIFICACIÓN**
En cada visita realizada a todos los programas se entrega a través de WhatsApp el registro fotográfico de la planilla de ingreso, fotografía del menú, fotografía propia y demás relevantes a las visitas. Adicionalmente, se envían los registros fotográficos a la carpeta del OneDrive prevista por la coordinación.	• Registro Fotográfico
OBLIGACIONES ESPECIFICAS CONTRACTUALES:	
4. Aplicar el plan de muestreo de inspección de alimentos de acuerdo con el procedimiento establecido por la Secretaría.	
ACTIVIDADES DESARROLLADAS	**MEDIOS DE VERIFICACIÓN**
Realicé dos visitas a la bodega del operador Unión Temporal Food Cota, donde se inspeccionaron los lotes, fechas de vencimientos, presentación, marca, producto y registro o certificación sanitaria.	• Otro documento (formatos)
OBLIGACIONES ESPECIFICAS CONTRACTUALES:	
5. Aplicar de manera precisa la revisión del Kardex en cada Unidad de Servicio	
ACTIVIDADES DESARROLLADAS	**MEDIOS DE VERIFICACIÓN**
Realicé la revisión del Kardex del jardín Libertador y el jardín Mi Dulce Esperanza, teniendo en cuenta que coincidieran las existencias físicas con lo que se suministraba en los formatos de Kardex.	• Registro Fotográfico
OBLIGACIONES ESPECIFICAS CONTRACTUALES:	
6. Suministrar los documentos físicos generados durante las visitas junto con los informes solicitados de los resultados de esta.	
ACTIVIDADES DESARROLLADAS	**MEDIOS DE VERIFICACIÓN**
La entrega de los documentos físicos de los formatos utilizados en las visitas diarias se realizó semanalmente cada viernes. A diario a través	• Registro fotográfico

de WhatsApp se envía un informe resumen de lo sucedido en las visitas.	
OBLIGACIONES ESPECIFICAS CONTRACTUALES:	
7. Elaborar un informe semanal del resumen de observaciones evidenciadas en cada unidad de servicio con fotografías y gestión de la actividad.	
ACTIVIDADES DESARROLLADAS	**MEDIOS DE VERIFICACIÓN**
Semanalmente se realizó alimentación de la base de datos en un Excel provisto por la coordinación de asistencia alimentaria en un OneDrive, donde también diariamente se registraron las evidencias fotográficas.	• Otro documento (Informe) • Registro fotográfico
OBLIGACIONES ESPECIFICAS CONTRACTUALES:	
8. Participar de los comités técnicos que se realizan de forma mensual.	
ACTIVIDADES DESARROLLADAS	**MEDIOS DE VERIFICACIÓN**
El 13 de marzo asistí a una reunión de capacitación realizada por una compañera donde se explicaron temas sobre las buenas prácticas de manufactura y a través de un pequeño quiz se realizó la retroalimentación. Posteriormente se llevó a cabo una reunión con el grupo de trabajo encabezado por la coordinadora tratando temas sobre la entrega de paquetes alimentarios.	• Registro Fotográfico
OBLIGACIONES ESPECIFICAS CONTRACTUALES:	
9. Realizar Apoyo en las actividades administrativas de la coordinación.	
ACTIVIDADES DESARROLLADAS	**MEDIOS DE VERIFICACIÓN**
Realicé el inventario de elementos y enseres de la bodega ubicada en Obras Públicas junto con otros compañeros, luego relacioné el mismo en el formato Excel dispuesto para ello, radiqué algunos documentos solicitados y enumeré la documentación solicitada por la coordinación.	• Registro Fotográfico • Otro documento (Excel)
OBLIGACIONES ESPECIFICAS CONTRACTUALES:	
10. Participar de las actividades de información, educación y comunicación en temas de alimentación a las personas beneficiarias de los programas de la secretaria de desarrollo social.	
ACTIVIDADES DESARROLLADAS	**MEDIOS DE VERIFICACIÓN**

Durante la entrega de paquetes alimentarios a los programas de Discapacidad y Adulto mayor compartí a cada beneficiario información relevante acerca de refrigeración y atención a las fechas de vencimiento antes del consumo los alimentos, así mismo, les di a conocer que cualquier duda, inquietud o novedad acerca del paquete alimentario debían acercarse a la Secretaría de Desarrollo Social.	• Registro Fotográfico
OBLIGACIONES ESPECIFICAS CONTRACTUALES:	
11. Apoyar en la actualización de base de datos de los beneficiarios de ayudas alimentarias de los programas de la Secretaría de Desarrollo Social.	
ACTIVIDADES DESARROLLADAS	**MEDIOS DE VERIFICACIÓN**
Apoyé la actualización de números de identificación, nombres, direcciones y números de celular durante la entrega de paquetes alimentarios en los programas de discapacidad y adulto mayor, posteriormente, junto con algunos compañeros se diligenciaron estos datos en el archivo Excel de base de datos de cada programa.	• Registro Fotográfico • Otro documento (PDF)
OBLIGACIONES ESPECIFICAS CONTRACTUALES:	
12. Realizar apoyo logístico y técnico a los programas de Mujer, Población vulnerable, Discapacidad y Adulto Mayor en la modalidad de Paquetes alimentarios, y entregar reporte fotográfico de las actividades realizadas para tal fin.	
ACTIVIDADES DESARROLLADAS	**MEDIOS DE VERIFICACIÓN**
Realicé el apoyo a la entrega de paquetes alimentarios de los programas de discapacidad y adulto mayor con su respectivo reporte fotográfico enviado a un grupo de WhatsApp en tiempo real.	• Registro Fotográfico
OBLIGACIONES ESPECIFICAS CONTRACTUALES:	
13. Verificar la calidad y cantidad de los alimentos que recibe el municipio por parte de los proveedores y demás entes que apoyan los programas inmersos en el subprograma municipal de Seguridad Alimentaria y Nutricional, cumpliendo con las disposiciones técnicas de la Normatividad Vigente; entregar reporte fotográfico.	
ACTIVIDADES DESARROLLADAS	**MEDIOS DE VERIFICACIÓN**
Se realizó la visita a la bodega, donde se encuentran los alimentos disponibles para las personas beneficiarias de los programas, adicionalmente, en las unidades de servicio se verificó la cantidad y calidad de materias primas y de las preparaciones que se entregaron a los beneficiarios de los programas.	• Registro Fotográfico • Otro documento (Formato)
OBLIGACIONES ESPECIFICAS CONTRACTUALES:	

14. Asistir y apoyar el desarrollo de las actividades propuestas para el cumplimiento del Plan de Desarrollo y de las políticas públicas de la Secretaría de Desarrollo Social del Municipio de Cota, cuando sea convocado

ACTIVIDADES DESARROLLADAS	MEDIOS DE VERIFICACIÓN
El 22 de marzo participé en el evento del día del agua convocado por SAMADE, donde se sembraron árboles nativos en la PTAR de la vereda Rozo.	• Registro Fotográfico. • Listado Asistencia

Nota 1: Las evidencias y/o soportes de las actividades realizadas para las obligaciones se encuentran adjuntas al presente informe en un (01) CD o en un (01) archivo en formato PDF.

Nota 2: Toda la información cargada por el contratista en el aplicativo SECOP II se manejará de manera digital, dejando constancia del aval por el supervisor. su aprobación en el mismo aplicativo SECOP II y los productos y soportes entregados reposarán en la plataforma de almacenamiento de la Entidad.

Observaciones supervisor:

Nombre Contratista:	**PAULA MICHEL HERNANDEZ REYES**	**Nombre Supervisor:**	**DIANA CAROLINA BARBOSA AREVALO**

	ELABORÓ	**REVISÓ**
NOMBRE	PAULA MICHEL HERNANDEZ REYES	LADY ANDREA PADILLA HERNÁNDEZ
CARGO	CONTRATISTA	COORDINADORA SEGURIDAD ALIMENTARIA
FIRMA		
FECHA	01-04-2024	01-04-2024
Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes.		

Cota, 01 de abril del 2024

LA ALCALDÍA MUNICIPAL DE COTA CUNDINAMARCA
NIT: 899999705-3

DEBE A:

PAULA MICHEL HERNANDEZ REYES, identificada con cédula de ciudadanía No. **1.010.029.898** de Bogotá D.C.

Quien cuenta con las siguientes características contractuales:

Objeto:	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS TÉCNICOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA LAS ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA DE LA SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL DEL MUNICIPIO DE COTA CUNDINAMARCA**
Periodo ejecutado:	Del 02 de marzo al 31 de marzo de 2024
Valor:	Dos millones novecientos noventa y seis mil seiscientos sesenta y siete pesos mcte ($2.996.667)
Por Concepto de	Prestación de servicios del Contrato No. SDM-CD-515-2024
N° y mes de planilla de Seguridad Social	75841746 Marzo 2024
Nivel del riesgo ARL	Dos (2)
Modalidad de pago	Cheque ☐ Transferencia electrónica ■
** Si el pago es por transferencia bancaria por favor realizarla a la cuenta de ahorros número **15441247769** del Banco Bancolombia. **	

Atentamente,

Paula H.

Paula Michel Hernández Reyes
C.C. 1.010.029.898
Cel.: 3195371600
Correo electrónico: pamichelh@gmail.com

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	1010029898	PAULA MICHEL HERNANDEZ REYES	carrera 2#15-16	1111111	pamichelh@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	COTA		SI

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
2024-03	2024-03	I	01/04/2024	75841746	TOTAL A PAGAR	
					$384.100	

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	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	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	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	13.600				13.600	0	0	13.600			136	13.600	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	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	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	13.600	13.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	384.100	384.100

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	1010029898	PAULA MICHEL HERNANDEZ REYES		carrera 2#15-16	1111111	pamichelh@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	COTA	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

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	
2024-03	2024-03	I	01/04/2024	75841746	$384.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colilla	Subtipo	Extranjero	Cotiz. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1010029898	HERNANDEZ REYES PAULA MICHEL	59	0			N																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS008	1.300.000	162.500	14-23	1.300.000	2	13.600		0	0	0	0	0	0	0	0

GADA

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

Certificación
Bancaria

Jueves, 21 de marzo de 2024

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que PAULA MICHEL HERNANDEZ REYES identificado(a) con CC 1010029898, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta Ahorros / A la mano	15441247769	2022-08-29	ACTIVO	*****

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

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

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

ACTA DE INICIO
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. SCM-CD-515-2024

CONTRATISTA	**HERNANDEZ REYES PAULA MICHEL**	
IDENTIFICACIÓN No.	1.010.029.898 DE BOGOTA D.C.	
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS TÉCNICOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA LAS ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA DE LA SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL DEL MUNICIPIO DE COTA CUNDINAMARCA	
PLAZO	OCHO (8) MESES	
VALOR	VEINTICUATRO MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($ 24.800.000) MONEDA LEGAL COLOMBIANA	
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	2 DE MARZO DE 2024	
DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	**NUMERO**	**FECHA**
	2024000345	19/02/2024
REGISTRO PRESUPUESTAL	**NUMERO**	**FECHA**
	2024000813	**01/03/2024**
ARL	**POSITIVA**	**02/03/2024**
NOMBRE SUPERVISOR	DIANA CAROLINA BARBOSA AREVALO	
CARGO SUPERVISOR	SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL	

En Cota Cundinamarca, a los dos (02) días del mes de Marzo de Dos Mil Veinticuatro (2024), se reunieron las siguientes personas, la Doctora **DIANA CAROLINA BARBOSA AREVALO** en calidad de **SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL** y supervisor del Contrato y la señora, **HERNANDEZ REYES PAULA MICHEL** mayor de edad identificada con cedula de ciudadanía No. 1.010.029.898 en calidad de contratista, con el fin de dejar constancia del inicio de las actividades objeto de "PRESTACIÓN DE SERVICIOS TÉCNICOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA LAS ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA DE LA SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL DEL MUNICIPIO DE COTA CUNDINAMARCA" **No. SCM-CD-515-2024.**

No siendo otro el objeto de la presente una vez leída y en constancia se firma por quienes en ella intervinieron,

DIANA CAROLINA BARBOSA AREVALO
SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL

HERNANDEZ REYES PAULA MICHEL
C.C. No. 1.010.029.898

FUNCIONARIO O ANALISTA	NOMBRE	FIRMA	FECHA
Tramitado Y Proyectado Por	LILIA DEL PILAR ESQUIVEL GARCIA		02/03/2024
Revisado Para Firmar Por	LUCY LOZANO ROA		02/03/2024
Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes y, por tanto, bajo nuestra responsabilidad lo presentamos para la firma			

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **PAULA MICHEL HERNANDEZ REYES** identificado con **CC** No. **1010029898**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
MUNICIPIO DE COTA - N. 899999705	**Fecha de afiliación:** 02/03/2024 **Fecha de inicio de cobertura:** 02/03/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 01/03/2024 **Fecha fin de Contrato:** 31/10/2024 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 2 **Cargo :** AUXILIAR TECNICO

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401013130663.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 5 días del mes de marzo de 2024.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.