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:	2/07/2024	**Acta de Corte N°**	4	**Periodo Ejecución:**	1/06/2024	al	30/06/2024
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):	$	3.100.000,00
Acta de corte (3):	$	3.100.000,00
Acta de corte (4):	$	3.100.000,00
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:	$	12.296.667,00
Saldo por ejecutar:	$	12.503.333,00

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	CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DEL SUPERVISOR
Informe de actividades:	5	X		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.
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: certificación bancaria, certificado curso integridad, transparencia y lucha contra la corrupción y certificado de evaluación de inducción y reinducción de seguridad y salud en el trabajo.	3	X		
Anexo, Medio magnético CD, USB, OTROS: CD		X		

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	LADY ANDREA PADILLA HERNÁNDEZ	LILIA DEL PILAR ESQUIVEL GARCIA	DIANA CAROLINA BARBOSA ARÉVALO
CARGO	COORDINADORA SEGURIDAD ALIMENTARIA	JURÍDICA	SUPERVISOR
FIRMA			
FECHA:	2/07/2024	2/07/2024	2/07/2024

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 No.	PERIODO DE EJECUCIÓN		
02 de julio 2024	SDM-CD-515-2024	4	01-06-2024	al	30-06-2024

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: - Cuatro (4) visitas a la casa del adulto mayor en las tres modalidades de refrigerio de mañana, almuerzo y refrigerio industrializado de la tarde. - Dos (2) visitas al jardín de la vereda La Moya en modalidad de refrigerio. - Una (1) visitas al jardín Manitas Creativas en la modalidad de refrigerio. - Una (1) visita al jardín Creciendo Juntos en la vereda Pueblo Viejo en la modalidad de refrigerio. - Dos (2) visitas a la unidad de servicio del jardín Mi Pequeño Hogar en la vereda el Abra en la modalidad de refrigerio. - Una (1) visita a la unidad de servicio del jardín Personitas Felices en la vereda el Parcelas en la modalidad de refrigerio. - Una (1) visita a la unidad de servicio del jardín Caminito Alegre en la vereda el Rozo en la modalidad de refrigerio. - Una (1) visitas a la unidad de servicio del jardín Mi Dulce Esperanza en la vereda la Esperanza en la modalidad de refrigerio.	• Registro Fotográfico

OBLIGACIONES ESPECIFICAS CONTRACTUALES:	
2. Conocer y aplicar adecuadamente en las visitas los instrumentos diseñados para tal fin.	
ACTIVIDADES DESARROLLADAS	**MEDIOS DE VERIFICACIÓN**
En la mayoría de las visitas a los programas de Primera Infancia, Adulto Mayor y Discapacidad realicé el diligenciamiento de los formatos provistos por la coordinación como herramienta para supervisión.	• 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 de la fotografía del menú, fotografía propia y demás relevantes a las visitas. Adicionalmente, se envían los registros fotográficos a la carpeta del Drive prevista por la coordinación de seguridad alimentaria.	• 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 la verificación del paquete alimentario de los programas de Discapacidad y Adulto Mayor en campo, revisando fechas de vencimiento y empaques de los productos.	• Registro Fotográfico
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 de las remisiones de los diferentes programas de primera infancia a través de la verificación de productos existentes, conteo y toma de gramaje de la materia prima.	• Registro Fotográfico (Remisiones)
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.	• Registro fotográfico

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 Drive, donde también diariamente se registraron las evidencias fotográficas.	• Registro fotográfico • Otro documento (Excel)
OBLIGACIONES ESPECIFICAS CONTRACTUALES:	
8. Participar de los comités técnicos que se realizan de forma mensual.	
ACTIVIDADES DESARROLLADAS	**MEDIOS DE VERIFICACIÓN**
El 12 de junio asistí a una reunión técnica encabezada por la coordinadora del programa de seguridad alimentaria, donde se trataron diversos temas de logística de la entrega de mercados de los diferentes programas, socializando fechas y recomendaciones. Así mismo se informó sobre los requisitos para la entrega de informes mensuales.	• Registro Fotográfico • Acta de reunión
OBLIGACIONES ESPECIFICAS CONTRACTUALES:	
9. Realizar Apoyo en las actividades administrativas de la coordinación.	
ACTIVIDADES DESARROLLADAS	**MEDIOS DE VERIFICACIÓN**
Se realiza el acta de reunión el 12 de junio. Realicé radicación de documentos y asistencia a la oficina para atención a los usuarios que se presentaran, mientras realizaba actualización de base de datos en Excel y en la ruta de Google mapas.	• Registro Fotográfico • Acta de reunión
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 Mujer, Población vulnerable y Adulto mayor, compartí a cada beneficiario información relevante sobre refrigeración y atención a fechas de vencimiento antes del consumo, los alimentos, de igual forma, he realizado encuestas que satisfacen el paquete alimentario.	• 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 y organización de números de identificación, nombres, direcciones y números de celular durante la entrega de paquetes alimentarios en el programa de Adulto mayor, Mujer y Población Vulnerable. Posteriormente, junto con algunos compañeros se diligenciaron estos datos en el archivo Excel de base de datos de cada programa.	• Registro Fotográfico • Otro documento (Excel)
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 a los programas de adulto mayor, discapacidad y población vulnerable 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 encuentra en proceso de formalización.	• NA
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
Se realiza la participación a integración de la secretaria de desarrollo social, para sensibilización de trabajo en equipo.	• Registro Fotográfico.

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	02-07-2024	02-07-2024
Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes.		

Cota, 02 de julio del 2024

LA ALCALDÍA MUNICIPAL DE COTA CUNDINAMARCA
NIT: 899999705-3

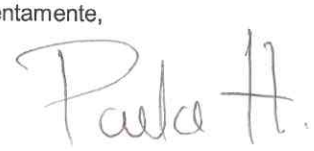
DEBE A:

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 01 de junio al 30 de junio de 2024
Valor:	Tres millones cien mil pesos mcte ($3.100.000)
Por Concepto de	Prestación de servicios del Contrato No. SDM-CD-515-2024
N° y mes de planilla de Seguridad Social	77989395 Junio 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 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
2024-06	2024-06	I	24/06/2024	77989395	TOTAL A PAGAR	
					$449.100	

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	190.000	0		0		0	0	0	0	190.000	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	243.200	0	0	0	0	0	0		243.200	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										
14-33	Compañía de seguros Colsanitas S.A.	901469580-2	15.900				15.900	0	0	15.900			159	15.900	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	190.000	190.000
Pensión	1	243.200	243.200
Riesgos Laborales	1	15.900	15.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	449.100	449.100

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
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	
2024-06	2024-06	I	24/06/2024	77989395	$449.100	

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. exterior	Estudiante	IRP	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	PRL	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
1	CC	1010029898	HERNANDEZ REYES PAULA MICHEL	59	0			N																	230301	1.520.000	243.200	0	0	0	0	EPS008	1.520.000	190.000	14-33	1.520.000	2	15.900		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Certificación
Bancaria

Domingo, 23 de junio 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, reportelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com.co

VIGILADO BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario

INTEGRIDAD PÚBLICA

Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

Función Pública certifica que:

PAULA MICHEL HERNÁNDEZ REYES

C.C 1.010.029.898

Participó y completó el curso virtual:

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción.

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 29 de mayo 2024

Aura Isabel Mora

Directora de Participación, Transparencia y Servicio al Ciudadano

Código: 765722085000

2:36

forms.office.com/pages/re

ALCALDÍA MUNICIPAL DE COTA

Evaluación de Inducción y Reinducción de Seguridad y Salud en el Trabajo

Puntos: 10/10

1. Nombre Completo *

Paula Michel Hernández Reyes

2. Número de Cedula *

1010029898

3. Seleccione la secretaria a la que pertenece *

- ( ) Dirección de Talento Humano
- ( ) Secretaria de Salud
- (•) Secretaria de Desarrollo Social