| 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: | 9/09/2024 | Acta de Corte N° | 6 | Periodo Ejecución: | 1/08/2024 | al | 31/08/2024 |
| 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<br>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): | $ | 3.100.000,00 |
| Acta de corte (6): | $ | 3.100.000,00 |
| 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: | $ | 18.496.667,00 |
| Saldo por ejecutar: | $ | 6.303.333,00 |

**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<br>N/A |
| Numero del contrato objeto de la cesión (SI APLICA): | N/A<br>N/A |
| Fecha de cesión de contrato (SI APLICA): | N/A<br>N/A |

| 4. RELACIÓN DE ANEXOS ENTREGADOS | PAGINAS | SI | NO |
|---|---|---|---|
| Informe de actividades: | 4 | 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: certificación bancaria | 1 | 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: | 9/09/2024 | 9/09/2024 | 9/09/2024 |

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



Powered by CamScanner

| ALCALDIA MUNICIPAL DE COTA | PROCESO DE GESTIÓN CONTRACTUAL | CÓDIGO: PRGC17-0000-0000-FO04 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN: 03 |
| | FORMATO INFORME DE ACTIVIIDADES | FECHA APROBACIÓN: 05/09/2022 |
| | | Página 1 de 4 |

| FECHA | NÚMERO DE CONTRATO | ACTA DE CORTE No. | PERIODO DE EJECUCIÓN | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 09 de septiembre 2024 | SDM-CD-515-2024 | 6 | 01-08-2024 | al | 31-08-2024 |
| **Nombre Del Contratista** | PAULA MICHEL HERNANDEZ REYES | | **No. DE IDENTIFICACIÓN** | 1.010.029.898 | |
| **Nombre y Cargo Del Supervisor** | DIANA CAROLINA BARBOSA AREVALO<br>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.<br>• Documentos técnicos<br>• Actos administrativos<br>• Registro fotográfico.<br>• Listado asistencia<br>• Listado correspondencia<br>• Concepto Técnico | • Lista atención público<br>• Listado visitas<br>• Diapositivas<br>• Actas<br>• Otro Documento<br>• 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 |
|---|---|
| Durante la ejecución no se realizó supervisión técnica a las unidades de servicio de alimentación. | • NA |

**OBLIGACIONES ESPECIFICAS CONTRACTUALES:**

2. Conocer y aplicar adecuadamente en las visitas los instrumentos diseñados para tal fin.

| ACTIVIDADES DESARROLLADAS | MEDIOS DE VERIFICACIÓN |
|---|---|
| Durante la ejecución no se realizó supervisión técnica a las unidades de servicio de alimentación. | • NA |

**OBLIGACIONES ESPECIFICAS CONTRACTUALES:**

3. Entregar reporte fotográfico de las visitas realizadas a las unidades de servicio.

| ACTIVIDADES DESARROLLADAS | MEDIOS DE VERIFICACIÓN |
|---|---|

Powered by CamScanner

| | |
|---|---|
| Durante la ejecución no se realizó supervisión técnica a las unidades de servicio de alimentación, ´por tanto, no existe reporte fotográfico de las visitas realizadas. | • NA |
| **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** |
| Durante la ejecución no se realizó supervisión técnica a las unidades de servicio de alimentación, ´por tanto, no se aplicó el plan de muestreo de inspección de alimentos. | • NA |
| **OBLIGACIONES ESPECIFICAS CONTRACTUALES:** | |
| 5. Aplicar de manera precisa la revisión del Kardex en cada Unidad de Servicio | |
| **ACTIVIDADES DESARROLLADAS** | **MEDIOS DE VERIFICACIÓN** |
| Durante la ejecución no se realizó supervisión técnica a las unidades de servicio de alimentación, por tanto, no se realizó revisión del kardex. | • NA |
| **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** |
| No se ejecutó la actividad durante la vigencia. | • NA |
| **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** |
| No se ejecutó la actividad durante la vigencia. | • NA |
| **OBLIGACIONES ESPECIFICAS CONTRACTUALES:** | |
| 8. Participar de los comités técnicos que se realizan de forma mensual. | |
| **ACTIVIDADES DESARROLLADAS** | **MEDIOS DE VERIFICACIÓN** |

Powered by CamScanner

| | |
|---|---|
| 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 y también se habló del trabajo en equipo. | • Registro Fotográfico |
| **OBLIGACIONES ESPECIFICAS CONTRACTUALES:** | |
| 9. Realizar Apoyo en las actividades administrativas de la coordinación. | |
| **ACTIVIDADES DESARROLLADAS** | **MEDIOS DE VERIFICACIÓN** |
| Se realiza el cuadro de seguimiento de consecutivos de los documentos que cuentas con la firma de la secretaria de desarrollo social, con los archivos escaneados y subidos a drive. También se realizó el apoyo en la recepción de la secretaria de desarrollo social. | • Registro Fotográfico<br>• 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 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. Posteriormente, junto con algunos compañeros se diligenciaron estos datos en el archivo Excel de base de datos del programa de adulto mayor. | • Registro Fotográfico<br>• 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** |

Powered by CamScanner

| | |
|---|---|
| Realicé el apoyo a la entrega de paquetes alimentarios a los programas de adulto mayor entregando el mercado casa a casa. | • 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 |
|---|---|
| En campo se realiza la verificación de los productos entregados en el paquete alimentario y cantidad de mercados entregados a los beneficiarios de los diferentes programas. | • Registro Fotográfico |

**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 |
|---|---|
| Participé en la realización de flores y manualidades solicitadas para la construcción de la carroza. Se apoyó y participó en las comparsas en el marco de las ferias y fiestas de la Hortaliza del municipio de Cota. | • 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:** |
|---|
| |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Paula H. | | | |
| **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 | Paula H. | |
| FECHA | 09-09-2024 | 09-09-2024 |

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

Powered by CamScanner

Cota, 09 de septiembre 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 agosto al 31 de agosto 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 | 79637912<br>Agosto 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

Powered by CamScanner

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 |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2024-08 | 2024-08 | I | 23/08/2024 | 79637912 | $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

Powered by CamScanner

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 | pamicheh@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 |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2024-08 | 2024-08 | I | 23/08/2024 | 79637912 | $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 | Colom. en exterior | Estudiante | IGE | IRT | 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 | 1.520.000 | 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 |

PAGADA

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

Powered by CamScanner

# Certificación
## Bancaria

Miércoles, 31 de julio 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 correosospechoso@bancolombia.com.co

Powered by CamScanner