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:	5/11/2024	Acta de Corte N°	9 y Final	Periodo Ejecución:	1/11/2024	al	1/11/2024
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):	$	3.100.000,00
Acta de corte (6):	$	3.100.000,00
Acta de corte (7):	$	3.100.000,00
Acta de corte (8):	$	3.100.000,00
Acta de corte (9):	$	103.333,00
Acta de corte (10):		
Acta de corte (11):		
Acta de corte (12):		
Valor ejecutado:	$	24.800.000,00
Saldo por ejecutar:	$	-

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:	4	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 bancario, certificado de aportes y certificado paz y salvo)	4	X		
Anexo, Medio magnético CD, USB, OTROS: Tres (3) 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 HERNANDEZ	LILIA DEL PILAR ESQUIVEL GARCIA	DIANA CAROLINA BARBOSA ARÉVALO
CARGO	CONTRATISTA	JURÍDICA	SUPERVISOR
FIRMA			
FECHA:	5/11/2024	5/11/2024	5/11/2024

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

Scanned with 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		
05 de noviembre 2024	SDM-CD-515-2024	9 Y FINAL	01-11-2024	al	1-11-2024
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
	• N/A

OBLIGACIONES ESPECIFICAS CONTRACTUALES:

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

ACTIVIDADES DESARROLLADAS	MEDIOS DE VERIFICACIÓN
	• N/A

OBLIGACIONES ESPECIFICAS CONTRACTUALES:

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

Scanned with CamScanner

ACTIVIDADES DESARROLLADAS	MEDIOS DE VERIFICACIÓN
	• N/A
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**
	• N/A
OBLIGACIONES ESPECIFICAS CONTRACTUALES:	
5. Aplicar de manera precisa la revisión del Kardex en cada Unidad de Servicio	
ACTIVIDADES DESARROLLADAS	**MEDIOS DE VERIFICACIÓN**
	• N/A
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**
	• 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**
	• NA
OBLIGACIONES ESPECIFICAS CONTRACTUALES:	
8. Participar de los comités técnicos que se realizan de forma mensual.	
ACTIVIDADES DESARROLLADAS	**MEDIOS DE VERIFICACIÓN**
No fue ejecutada en este día.	NA

Scanned with CamScanner

OBLIGACIONES ESPECIFICAS CONTRACTUALES:	
9. Realizar Apoyo en las actividades administrativas de la coordinación.	
ACTIVIDADES DESARROLLADAS	**MEDIOS DE VERIFICACIÓN**
No fue ejecutada en este día.	• NA
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**
No fue ejecutada en este día.	• NA
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 después de la entrega de paquetes alimentarios en el programa de Adulto mayor.	• 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**
No fue ejecutada en este día.	• NA
OBLIGACIONES ESPECIFICAS CONTRACTUALES:	

Scanned with CamScanner

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
No fue ejecutada en este día.	• 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
No fue ejecutada en este día.	• NA

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	05-11-2024	05-11-2024
Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes.		

Scanned with CamScanner

Cota, 05 de noviembre 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 noviembre de 2024
Valor:	Ciento tres mil trescientos treinta y tres pesos m/cte. ($103.333)
Por Concepto de	Prestación de servicios del Contrato No. SDM-CD-515-2024
N° y mes de planilla de Seguridad Social	**81893943** Noviembre 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

Scanned with CamScanner

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 de 2

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 PRESENTACION	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: 1 / IBC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2024-11	2024-11	I	21/11/2024	81[illegible]3	$449.100

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colilla	Sueldo	Exonerado	Extranjero	Cotiza en Exterior	IBC	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	Cotizante	Cod. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cod. EPS	IBC EPS	Cotización Valor UPC	Cod. 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	39	0				N										230301	1.320.000	243.200	0	0	0	0	EPS008	1.320.000	190.000	14-33	1.320.000	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

Scanned with CamScanner

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCION	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1012029688	PAULA MICHEL HERNANDEZ REYES	carrera 2#15-18	1111111	pamichelh@gmail.com	
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	1= dependiente			CUNDINAMARCA	COTA	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ADICIONAL (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NUMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2024-11	2024-11	1	21/11/2024	51883643	TOTAL A PAGAR	
					$ [illegible]	

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					
EPS026	Compañía EPS	860066942-7	190.000	0		0		0	0	0	0	190.000	1

TOTALES PENSION

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	8[illegible]-8	243.200	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										
14-23	Colmena Seguros de seguros Colmenares S.A.	[illegible]	[illegible]				[illegible]		0	[illegible]			100	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 IOE, LNA, ISP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	190.000	190.000
Pension	1	243.200	243.200
Riesgos Laborales	1	15.800	15.800
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

Scanned with CamScanner

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **PAULA MICHEL HERNANDEZ REYES**, identificada con **CC** número **1010029898**, aportó por **PAULA MICHEL HERNANDEZ REYES** identificado(a) con **CC** número **1010029898** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 03 - 2024 y 10 - 2024 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDAFP	TDAPP	TVSPP	VSLT	SLNE	LMAC	AVCP	AVCT	IRP	CORRECION	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
EPS008	Compensar EPS	59											0		30	$1,300,000	0.12500	$162,500	$0	$0	Marzo - 2024	75841746	01/04/2024	NO
230301	Porvenir	59											0		30	$1,300,000	0.16000	$208,000	$0	$0	Marzo - 2024	75841746	01/04/2024	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59											0		30	$1,300,000	0.01044	$13,600	$0	$0	Marzo - 2024	75841746	01/04/2024	NO
14-33	Compañía de seguros Colsanitas S.A.	59											0		30	$1,300,000	0.01044	$13,600	$0	$0	Abril - 2024	76483116	23/04/2024	NO
EPS008	Compensar EPS	59											0		30	$1,300,000	0.12500	$162,500	$0	$0	Abril - 2024	76483116	23/04/2024	NO
230301	Porvenir	59											0		30	$1,300,000	0.16000	$208,000	$0	$0	Abril - 2024	76483116	23/04/2024	NO
14-33	Compañía de seguros Colsanitas S.A.	59						X					0		30	$1,520,000	0.01044	$15,900	$0	$0	Mayo - 2024	77268650	23/05/2024	NO
EPS008	Compensar EPS	59						X					0		30	$1,520,000	0.12500	$190,000	$0	$0	Mayo - 2024	77268650	23/05/2024	NO
230301	Porvenir	59						X					0		30	$1,520,000	0.16000	$243,200	$0	$0	Mayo - 2024	77268650	23/05/2024	NO
14-33	Compañía de seguros Colsanitas S.A.	59											0		30	$1,520,000	0.01044	$15,900	$0	$0	Junio - 2024	77989395	24/06/2024	NO
EPS008	Compensar EPS	59											0		30	$1,520,000	0.12500	$190,000	$0	$0	Junio - 2024	77989395	24/06/2024	NO
230301	Porvenir	59											0		30	$1,520,000	0.16000	$243,200	$0	$0	Junio - 2024	77989395	24/06/2024	NO
14-33	Compañía de seguros Colsanitas S.A.	59											0		30	$1,520,000	0.01044	$15,900	$0	$0	Julio - 2024	78566747	09/07/2024	NO
EPS008	Compensar EPS	59											0		30	$1,520,000	0.12500	$190,000	$0	$0	Julio - 2024	78566747	09/07/2024	NO
230301	Porvenir	59											0		30	$1,520,000	0.16000	$243,200	$0	$0	Julio - 2024	78566747	09/07/2024	NO
14-33	Compañía de seguros Colsanitas S.A.	59											0		30	$1,520,000	0.01044	$15,900	$0	$0	Agosto - 2024	79637912	23/08/2024	NO
EPS008	Compensar EPS	59											0		30	$1,520,000	0.12500	$190,000	$0	$0	Agosto - 2024	79637912	23/08/2024	NO
230301	Porvenir	59											0		30	$1,520,000	0.16000	$243,200	$0	$0	Agosto - 2024	79637912	23/08/2024	NO
14-33	Compañía de seguros Colsanitas S.A.	59											0		30	$1,520,000	0.01044	$15,900	$0	$0	Septiembre - 2024	80250439	16/09/2024	NO
EPS008	Compensar EPS	59											0		30	$1,520,000	0.12500	$190,000	$0	$0	Septiembre - 2024	80250439	16/09/2024	NO

El presente certificado se expide a los 20 días del mes Noviembre de 2024

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

PAGADA

Scanned with CamScanner

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

| | | |

Certificación
Bancaria

Miércoles, 20 de noviembre 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

Scanned with CamScanner

ALCALDIA MUNICIPAL DE COTA	PROCESO GESTIÓN CONTRACTUAL	CODIGO: PRGC17-0000-0000-FO02
		VERSIÓN 02
	FORMATO DE PAZ Y SALVO PARA CONTRATISTA DE PRESTACION DE SERVICIOS	FECHA APROBACIÓN 10/11/2021
		Página 1 de 4

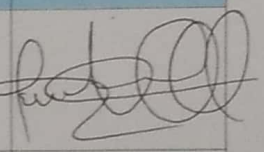
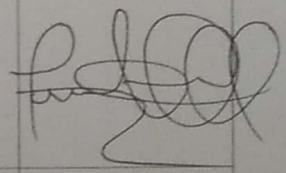
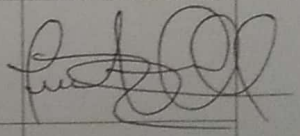
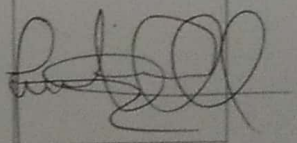
FECHA	05	11	2024

1. DATOS DEL CONTRATISTA Y DEL CONTRATO

Nombres y Apellidos:	PAULA MICHEL HERNANDEZ REYES	Documento de identidad	1.010.029.898
Correo personal:	pamichelh@gmail.com	Celular:	3195371600
Correo institucional:		Dirección:	Carrera 2 # 15-16
Motivación de la solicitud:	Terminación contrato ☒ Cesión de contrato ☐ Otro_☐ _____		
Número de Contrato:	SDM-CD-515-2024	Tipo de contrato	PRESTACION DE SERVICIOS
Fecha de Inicio de contrato:	MARZO 2 2024	Fecha de Terminación de contrato	NOVIEMBRE 1/2024
Secretaria o Dirección a la que pertenece:	SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL	Supervisor de contrato	DIANA CAROLINA BARBOSA AREVALO

OBJETO CONTRACTUAL: 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.

2. PAZ Y SALVO POR PARTE DE LAS AREAS

Áreas de competencia	Criterios a verificar	observaciones	Vo. Bo. Firma
Informe de gestión de contrato	Entrega de informe final solicitado por el supervisor (Cuando aplique), además se debe entregar toda la información de los productos exigidos en el contrato, previo a su liquidación.	Anexa tres (3) CD con cortes y evidencias	
Archivo Central	Estar al día con carpetas y documentos solicitados al archivo central. Cuando aplique	No Aplica	No Aplica
Archivo de gestión documental	Entrega de toda la información generada para cumplir obligaciones del objeto del contrato en archivo físico y digital. El archivo físico se entrega bajo lineamientos archivísticos: Carpetas organizadas y rotuladas según las TRD y en formato de inventario FUID y el archivo digital se entrega en un CD.	No Aplica	
Atención al ciudadano	Entrega de PQRS (incluyendo fecha de respuesta, estado y pendientes) acorde con el reparto interno para trámite de respuesta.	No Aplica	
Almacén	Entrega de elementos de inventario devolutivo asignados (vehículos, maquinaria, equipos, material de oficina y mobiliario asignados). Cuando aplique	No Aplica	

Scanned with CamScanner

El suscrito supervisor del contrato certifica que el contratista se encuentra a paz y salvo por los conceptos arriba mencionados.

NOMBRE	CARGO	FIRMA	FECHA
DIANA CAROLINA BARBOSA AREVALO	SUPERVISORA		NOVIEMBRE 5 DE 2024

Scanned with CamScanner