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:	11/12/2024	Acta de Corte N°	1	Periodo Ejecución:	16/11/2024	al	30/11/2024
Persona natural:	x	Persona jurídica:		Modalidad contratación:	CONTRATACIÓN DIRECTA		
Numero cedula:	1.010.029.898	NIT:		N° contrato:	SDM-CD-1679-2024		
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:	$	3.720.000,00
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:	$	3.720.000,00
Acta de corte (1):	$	1.550.000,00
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:	$	1.550.000,00
Saldo por ejecutar:	$	2.170.000,00

3. GENERALIDAD DE CONTRATISTA

Plazo inicial del contrato:	Un (1) mes y seis (6) días
Prorroga N° 1 (SI APLICA):	
Prorroga N° 2 (SI APLICA):	N/A
Prorroga N° 3 (SI APLICA):	N/A
Fecha de acta de inicio:	16/11/2024
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:	Un (1) mes y seis (6) días
Fecha de terminación del contrato:	21/12/2024
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:	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 (acta de inicio, certificación bancaria y certificación 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.

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:	11/12/2024	11/12/2024	11/12/2024

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		
09 de diciembre 2024	SDM-CD-1679-2024	1	16-11-2024	al	30-11-2024

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
- Actividad en proceso de ejecución.	• NA

OBLIGACIONES ESPECIFICAS CONTRACTUALES:

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

ACTIVIDADES DESARROLLADAS	MEDIOS DE VERIFICACIÓN
- Actividad en proceso de ejecución.	• NA

OBLIGACIONES ESPECIFICAS CONTRACTUALES:

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

ACTIVIDADES DESARROLLADAS	MEDIOS DE VERIFICACIÓN

- Actividad en proceso de ejecución.	• 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**
Realicé la verificación del paquete alimentario del programa de 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**
Actividad en proceso de ejecución.	• 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**
Actividad en proceso de ejecución.	• 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**
Actividad en proceso de ejecución.	• NA
OBLIGACIONES ESPECIFICAS CONTRACTUALES:	
8. Participar de los comités técnicos que se realizan de forma mensual.	
ACTIVIDADES DESARROLLADAS	**MEDIOS DE VERIFICACIÓN**
Actividad en proceso de ejecución.	• NA

OBLIGACIONES ESPECIFICAS CONTRACTUALES:	
9. Realizar Apoyo en las actividades administrativas de la coordinación.	
ACTIVIDADES DESARROLLADAS	**MEDIOS DE VERIFICACIÓN**
Actividad en proceso de ejecución.	• 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**
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 de satisfacción acerca del 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 • 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 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**
Actividad en proceso de ejecución.	• 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**
Actividad en proceso de ejecución.	• 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	09-12-2024	09-12-2024
Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes.		

Cota, 09 de diciembre 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:	Noviembre 16 al 30 de 2024
Valor:	Un Millón Quinientos Cincuenta Mil Pesos M/cte. ($1.550.000)
Por Concepto de	Prestación de servicios Contrato No. SDM-CD-1679-2024
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 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
CC	1010029898	PAULA MICHEL HERNANDEZ REYES		carrera 2#15-16	1111111	pamichelh@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	
2024-11	2024-11	I	21/11/2024	81893943	$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	800224808-5	243.200	0	0	0	0	0	0		243.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Codigo 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	Compañía de seguros Colsanitas S.A.	830.095.854-2	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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	1 – Independiente			CUNDINAMARCA	CODTA	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 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2024-11	2024-11	1	21/11/2024	81893943	$449.100

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACION COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colombia	Sotelior	Extranjero	Colombiano exterior	Residente	IRP	IRDI	IGE	IRL	IVJP	IVSP	VSP	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	INL	CONSECUTIVO	Cod. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización Valor UPC	Cod. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotizacion	Codigo 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	1.920.000	243.200	0	0	0	0	EPS006	1.920.000	190.000	14-33	1.920.000	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

ACTA DE INICIO
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES
No. SDM-CD-1679-2024

CONTRATISTA IDENTIFICACIÓN No.	**PAULA MICHEL HERNANDEZ REYES** 1.010.029.898	
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	UN (1) MES Y 6 DIAS	
VALOR	TRES MILLONES SETECIENTOS VEINTE MIL PESOS ($3.720.000) MONEDA LEGAL COLOMBIANA	
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	16 DE NOVIEMBRE DE 2024	
DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	**NUMERO**	**FECHA**
	2024001789	**28/10/2024**
REGISTRO PRESUPUESTAL	**NUMERO**	**FECHA**
	2024004078	**16/11/2024**
ARL	**COLSANITAS**	**01/04/2024**
NOMBRE SUPERVISOR	DIANA CAROLINA BARBOSA AREVALO	
CARGO SUPERVISOR	SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL	

En Cota Cundinamarca, a los dieciseis (16) dias del mes de Noviembre 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, **PAULA MICHEL HERNANDEZ REYES** mayor de edad identificada con cedula de ciudadania 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. SDM-CD-1679-2024**

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

PAULA MICHEL HERNANDEZ REYES
C.C. No. 1.010.029.898

FUNCIONARIO O ANALISTA	NOMBRE	FIRMA	FECHA
Tramitado Y Proyectado Por	DANIELA VELANDIA CANTOR		16-11-2024
Revisado Para Firmar Por	LILIA DEL PILAR ESQUIVEL GARCIA		16-11-2024

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.

Escaneado con CamScanner

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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.

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

Colsanitas
ARL

Bogotá, 09 de diciembre de 2024

CERTIFICACIÓN:

Por medio de la presente hacemos constar que HERNANDEZ REYES, PAULA MICHEL con CC 1010029898, está afiliado(a) al Sistema General de Riesgos Laborales a través de la empresa MUNICIPIO DE COTA con NI 899999705 conforme a lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas concordantes.

Número de póliza: 471
Fecha inicio: 1 de abril de 2024
Tipo de afiliado: Independiente
Código actividad: 2862102
Clase de riesgo: II
Tasa: 1,044 %

Si desea confirmar la validez de este certificado, puede hacerlo a través de nuestra línea de atención 601 7398939 en Bogotá y 018000931011 a nivel nacional.

Atentamente,



Director de Operaciones

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Colsanitas
ARL

Bogotá, 09 de diciembre de 2024

CERTIFICACIÓN: