| | |
|---|---|
| | **INSTITUTO DE MOVILIDAD DE PEREIRA**<br>**NIT 816000558**<br><br>**CONTROL DE LEGALIDAD**<br><br>**FORMATO DE SEGUIMIENTO** |
| **Versión: 1** | **Vigencia: 01-2020** |

## ACTA DE SEGUIMIENTO No. 2

| | |
|---|---|
| FECHA DE SEGUIMIENTO: | 3/04/2023 |
| PERÍODO DE SEGUIMIENTO: | 2/03/2023 AL 1/04/2023 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | SANDRA MILENA GOMEZ HOYOS |
| NÚMERO DE CONTRATO: | 089-2023 |
| TIPO DE CONTRATO: | PRESTACION DE SERVICIOS |
| VALOR TOTAL CONTRATO: | $9,000,000 |
| SUPERVISOR: | CESAR ANDRES HERNANDEZ |
| FECHA INICIACIÓN DE CONTRATO: | 2/02/2023 |
| DURACIÓN CONTRATO: | SEIS(6 )MESES |
| FECHA TERMINACIÓN CONTRATO: | 1/08/2023 |
| ADICION EN VALOR | 0 |
| ADICION EN TIEMPO | 0 |

| **OBJETO DEL CONTRATO** |
|---|
| **SEGUIMIENTO A LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS POR EL CONTRATISTA (Ver obligaciones del contratista)** |
| PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE CAFETERIA, ASEO Y DESINFECCION DE LAS INSTALACIONES Y DEPENDENCIAS DEL INSTITUTO DE MOVILIDAD DE PEREIRA |
| **SEGUIMIENTO A LOS RIESGOS EXPUESTOS EN EL PRESENTE CONTRATO (Ver estudios previos y especificaciones tecnicas)** |

No hay incumplimiento en las obligaciones establecidas en el contrato. Se cumple con las actividades programadas.

| **EVIDENCIA ANEXA** |
|---|
| Certificacion del pago de aportes a seguridad social planilla No.1052928257 Certificacion de cumplimiento de requisitos como empleado (art. 329 del ET y Decreto 99 de 2013). |

| **BALANCE DEL CONTRATO** | |
|---|---|
| VALOR TOTAL CONTRATO | $9,000,000 |
| VALOR EJECUTADO | $3,000,000 |
| VALOR A PAGAR | $1,500,000 |
| VALOR POR EJECUTAR | $6,000,000 |

**OBSERVACIONES:**

Sandra Milena Gomez

FIRMA DEL SUPERVISOR

FIRMA DEL CONTRATISTA

Copia a:
Número de Anexos:

Pereira, 3 de abril 2023

Señores
**INSTITUTO DE MOVILIDAD DE PEREIRA**
Pereira

Asunto: Información Solicitada por el articulo 17 de la Ley 1819 del 29 de diciembre 2016

Apreciados señores:

Para efectos de determinar la tarifa de retención contenida en el Articulo 383 del Estatuto Tributario, modificado por el Articulo 42 de la Ley 2010 de 2019:

**CERTIFICO QUE:**

| | | SI | NO |
|---|---|---|---|
| 1 | He contratado dos o más trabajadores asociados a la actividad | | x |

Esta certificación se expide a los 3 días del mes de abril del año dos mil veintitrés 2.023

Cordialmente,

Sandra Milena Gomez

SANDRA MILENA GOMEZ HOYOS
C.C. 42.030.957

**INSTITUTO DE MOVILIDAD DE PEREIRA**
**NIT 816000558-8**

**VERSION 0**
**AGOSTO 2022**

# Documento soporte en adquisiciones efectuadas a no obligados a facturar

**Artículo 1.6.1.4.12 Decreto Único reglamentario en materia tributaria 1625 de 2016 - Sustituido por el Decreto 358 de 2020**

## INSTITUTO DE MOVILIDAD DE PEREIRA

## NIT. 816000558-8

**No. 002**

Fecha de Operación: 3-04-2023 **Esta numeración es consecutiva e interna de cada prestador del servicio**

| | |
|---|---|
| Vendedor o quien presta el servicio: SANDRA MILENA GOMEZ HOYOS | Nit:42.030.957 |
| | |
| MZ. 22 CS -247 CAMPESTRE D -DOSQUEBRADAS | Teléfono: 3206792819 |
| | |

| CANTIDAD | DETALLE | VR UNITARIO | VR TOTAL |
|---|---|---|---|
| 1 | **CONTRATO NRO. 89-2023 PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE CAFETERIA,ASEO Y DESINFECCION DE LAS INSTALACIONES Y DEPENDENCIAS DEL INSTITUTO DE MOVILIDAD DE PREIRA** | **$1.500.000** | **$1.500.000** |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | |
|---|---|
| SUBTOTAL | $1.500.000 |
| RETEFUENTE | |
| RETEICA | |
| TOTAL | $1.500.000 |

Sandra Milena Gomez

**SANDRA MILENA GOMEZ HOYOS**
**C.C. 42.030.957**

**ACEPTO QUE NO SOY RESPONSABLE DE IVA**

Pereira, 3 de abril 2023

Empresa: Instituto de Movilidadde Pereira
Depto. de Tesorería y Contabilidad
Pereira

**ASUNTO:**Certificación de cumplimiento de requisitos como empleado (Art. 329 del ET y Decreto 99 de 2013)

De conformidad con la referencia me permito manifestarle lo siguiente, bajo la gravedad del juramento.

1- Nombre del prestador del servicio: SANDRA MILENA GOMEZ
2- Identificación: 42.030.957
3- Régimen del impuesto de ventas al que pertenece: Simplificado
4- Mes al que pertenece la certificación: MARZO
5- Declaración de ingresos:

Los servicios que presto corresponden con los de una tecnóloga liberal
Los servicios que presto no requieren del uso de materiales o equipo especializado
Los servicios son prestados de manera personal
Mis ingresos corresponden al 80% o más por servicios prestados de forma personal
Me encuentro dentro de la categoría de empleados de conformidad con el art. 329 del ET

6- Valor de los aportes obligatorios al sistema de seguridad social correspondiente a los ingresos provenientes del contrato materia de pago sujeto a retención.

Nº Planilla: 1052928257
EPS: $ 145.000
PENSION: $ 185.600
ARL: $ 12.200

7- Certifico bajo la gravedad de juramento que los documentos soportes del pago de aportes obligatorios al sistema de seguridad social en salud y pensión corresponde a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención.

Atentamente,

Sandra Milena Gomez

---

SANDRA MILENA GOMEZ HOYOS
C.C 42.030.957

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2023-03-29, 11: AM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Número Planilla: 1052928257

Periodo Cotización: marzo de 2023 Periodo Servicio: marzo de 2023 Referencia pago 8868214660

PAGADA 27/03/2023

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| Razón Social | SANDRA MILENA GOMEZ HOYOS | | |
| Documento | CC42030957 | Dirección | CL 0 #0 - 0 MZ 22 CAS 2-47 |
| Tipo de Empresa | INDEPENDIENTE | Teléfono | 3206792819 |
| Tipo Persona | NATURAL | Forma Presentación | UNICA |
| Ciudad | DOSQUEBRADAS | Departamento | RISARALDA |
| Representante Legal | | Identificación | |
| Total Afiliados | 1 | ARP | COLMENA VIDA Y RIESGOS PROFESIONALES |

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte Sena | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Mineducación | Total |
| CC 42030957 | SANDRA MILENA GOMEZHOYOS | 59 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | PORVENIR | $1.160.000 | $185.600 | NUEVA EPS S.A. | $1.160.000 | $145.000 | 0.01044 | $1.160.000 | $12.200 | NINGUNA CCF | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $342.800 |

## III. TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | Incapacidades,Licencias,Subsidios a Favor | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $1.160.000 | $1.160.000 | $1.160.000 | $0 | $185.600 | $145.000 | $12.200 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $342.800 | $0 | $342.800 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE! 1

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

| | |
|---|---|
| | **INSTITUTO DE MOVILIDAD DE PEREIRA**<br>**NIT 816000558-8**<br>**CONTROL DE LEGALIDAD**<br>**INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATISTAS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS** |
| Versión: 1 | Vigencia: 01-2020 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Contratista:** | **SANDRA MILENA GOMEZ HOYOS** | **Supervisor:** | **CESAR ANDRES HERNANDEZ** |
| **Objeto:** | **PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE CAFETERIA, ASEO Y DESINFECCION DE LAS INSTALACIONES Y DEPENDENCIAS DEL INSTITUTO DE MOVILIDAD DE PEREIRA.** | | |
| **Número del Contrato:** | **089-2023** | **Informe No:** | **2** |
| **Periodo** | **2 de marzo del 2023 al 1 de Abril del 2023** | **Plazo de Ejecución:** | **SEIS(6) MESES** |
| **Valor del contrato** | **$ 9.000.000** | **Valor del periodo** | **$ 1.500.000** |

| | | |
|---|---|---|
| 1-Higiene y desinfeccion en general de las instalaciones y areas de trabajo incluidos elementos de oficina con el fin de brindar espacios de trabajo optimos y de espera propicios para salvaguardar la integridad fisica y de salud de los funcionarios y el cliente externo que ingresa a la entidad | -Limpieza y desinfección general del Instituto de Movilidad de Pereira (áreas que comprende: 1er y 2do. Piso).<br>-Labores de limpieza y desinfección en las Oficinas de Educación Vial (Centro de control de tráfico). Ubicado en Torre central local 1 -11<br>- Realizar las labores de Aseo-Limpieza y Cafetería del IMP. | - Las labores de limpieza y aseo se realizan diariamente de acuerdo al cronograma establecido en el área de gestión y compras. |

| | | |
|---|---|---|
| ELABORO:<br>Sandra Milena Gomez | REVISO: | INFORME DE ACTIVIDADES NRO.<br>2 |

| | |
|---|---|
| | **INSTITUTO DE MOVILIDAD DE PEREIRA**<br>**NIT 816000558-8**<br>**CONTROL DE LEGALIDAD**<br>**INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATISTAS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS** |
| Versión: 1 | Vigencia: 01-2020 |

| | | |
|---|---|---|
| 2-Acatar los protocolos de bioseguridad contemplados por las diferentes entidades de salud de orden local y nacional. | -Se da cumplimiento a los protocolos establecidos por el área de Talento Humano del IMP. | -Se anexan evidencias :Limpieza y Aseo del IMP |
| 3-Hacer uso efectivo de los diferentes elementos para la respectiva higiene y desinfección de las áreas a intervenir | -Se da continuidad a los protocolos establecidos por Seguridad y salud en el trabajo.<br>-Desempeñar las demás funciones que le se han asignadas por el Jefe inmediato. | Actividades de limpieza, aseo y cafetería se cumplen siguiendo indicaciones del jefe inmediato. |

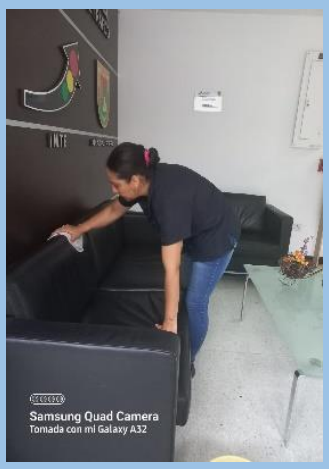
| ELABORO: | REVISO: | INFORME DE ACTIVIDADES NRO. |
|---|---|---|
| Sandra Milena Gomez | | 2 |

# INSTITUTO DE MOVILIDAD DE PEREIRA

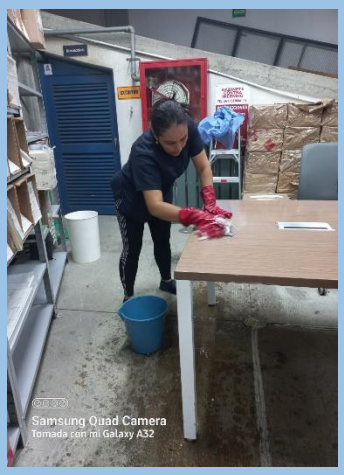
(INFORME NRO.2-2023)




REPARTIR CAFÉ
FUNCIONARIOS DEL IMP




ASEO OFICINAS TORRE CENTRAL
(EDUCACION VIAL)




ARCHIVO CENTRAL (ASEO)

