INFORME	PERIÓDICO: __X__ UNICO : ____	No.01
PERÍODO DE EJECUCIÓN:	DEL 01 AL 28 FEBRERO DE 2019	
VALOR AUTORIZADO A CANCELAR	TRES MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($3.400.000) Mcte.	

INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO	
TIPO CONTRATO :	PRESTACION DE SERVICIOS
CONTRATO No. Y FECHA:	CONTRATO No. 237 DE 29 DE ENERO DE 2019
CONTRATISTA :	AMALIA TORRES MENDEZ
SECRETARIA EJECUTORA:	SECRETARIA DE HACIENDA
OBJETO DEL CONTRATO:	MODULO 145. PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA SECRETARIA DE HACIENDA MUNICIPAL.
VALOR DEL CONTRATO:	$27.200.000 MCTE.
PLAZO:	OCHO (8) MESES
ACTA DE INICIO	31 DE ENERO DE 2019
PRORROGAS-SI APLICA (No. DE DIAS/MESES)	
ADICIONES- SI APLICA (VALOR ADICIONADO)	
SUSPENSIONES-SI APLICA (FECHA Y No. DE DIAS/MESES)	
FECHA PREVISTA DE TERMINACION (INCLUYENDO PRORROGAS Y SUSPENSIONES)	30 DE SEPTIEMBRE DE 2019

SEGUIMIENTO TÉCNICO Y ADMINISTRATIVO

Como supervisor, certifico que he cumplido las funciones de verificación, vigilancia y control frente al cumplimiento del objeto del contrato.

Así mismo se deja constancia que el contratista como requisito previo a la expedición de la presente certificación, cumplió a cabalidad el objeto del contrato y aportó el informe de las actividades desarrolladas, las copias de planillas y recibo de pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscales conforme a la Ley.

Que toda la información hace parte integral del presente informe el cual se remitirá a la Dirección de Contratación a fin de alimentar el expediente contractual correspondiente.

Por lo anterior se firma en el mes de marzo de 2019.

NOMBRE DEL SUPERVISOR: MARTHA ASCENCIO
CARGO DEL SUPERVISOR: Directora Grupo de Tesorería

FIRMA DEL SUPERVISOR: _____

0000926

La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través de la plataforma PISAMI y/o de Intranet de la Administración Municipal. La copia o impresión diferente a la publicada, será considerada como documento no controlado y su uso indebido no es responsabilidad de la Alcaldía de Ibagué

INFORME DE ACTIVIDADES N° 01	
PERIODO DE EJECUCIÓN: DEL 01 AL 28 DE FEBERO DE 2019	
CONTRATO NO. 237 DEL 29 DE ENERO DE 2019	
DATOS DEL CONTRATISTA	
NOMBRE DEL CONTRATISTA	AMALIA TORRES MENDEZ
No. DE IDENTIFICACIÓN	65.633.993
DIRECCIÓN	CONDOMINIO LA CAMPIÑA APTO 301
TELÉFONO/CELULAR	3168642323
EPS	SANITAS
FONDO DE PENSIONES	PROTECCION
CUENTA BANCARIA	*No. 168770019276*
TIPO DE CUENTA	AHORROS
BANCO	DAVIVIENDA
DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO	
OBJETO DEL CONTRATO	MODULO 145. PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA SECRETARIA DE HACIENDA MUNICIPAL.
PLAZO DE EJECUCIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS Y/O SUSPENSIONES)	OCHO (8) MESES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO (INCLUYENDO ADICIONES)	VEINTI SIETE MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS ($27.200.000) MCTE.
FECHA ACTA DE INICIO	31 DE ENERO DE 2019
PRÓRROGAS - SI APLICA (No. DE DÍAS/MESES)	
ADICIONES - SI APLICA (VALOR ADICIONADO)	
SUSPENSIONES - SI APLICA (FECHA Y No. DE DÍAS/MESES)	---
FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS Y SUSPENSIONES)	30 DE SEPTIEMBRE DE 2019
PRESENTADO A: MARTHA ASCENCIO - SUPERVISORA	
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DEL CONTRATO N° 237 DEL 29 DE ENERO DE 2019	
Para dar cumplimiento al Contrato de Prestación de Servicios Nº 237 del 29 de Enero de 2019, me permito presentar informe sobre la gestión realizada en el periodo que comprende del 01 al 28 de febrero de 2019, de acuerdo a como lo estipula el contrato en mención. En el periodo ya aludido he desempeñado las siguientes labores de prestación de servicios profesionales como Coordinadora del grupo asistencial de atención al usuario, para apoyar el	

proceso administrativo de cobro coactivo del Grupo de Tesorería de la Secretaria de Hacienda Municipal, según las funciones estipuladas en el Contrato y también las encomendadas por la Supervisora y el Asesor de Cobro Coactivo:

- Coordinar el grupo asistencial de atención al usuario, para así conservar la homogeneidad de conceptos del proceso.
- Recepcionar las peticiones, quejas, reclamos y solicitudes formuladas por la ciudadanía en general relacionadas con procesos de cobro coactivo adelantados por el Grupo de Tesorería de la Secretaria de Hacienda Municipal.
- Brindar soporte administrativo para contribuir al mejoramiento a los distintos procedimientos adelantados por el grupo de Tesorería de la Secretaria de Hacienda Municipal.
- Asistir procesos, trámites de la administración de las peticiones, quejas y reclamos (P.Q.R) derivados de los procesos de cobro coactivo adelantados por el grupo de tesorería.
- Efectuar las actuaciones administrativas requeridas en los procesos de cobro coactivodel grupo de tesorería, ejecutando actividades relacionadas con el registro, procesamiento, y clasificación documental y de información.
- Realizar la proyección para la firma de documentos y actos administrativos que se requieren para el desarrollo de los planes de mejoramiento relacionados con procesos de cobro coactivo adelantados por el Grupo de Tesorería de la Secretaria de Hacienda Municipal.
- Respaldar la digitalización de los documentos que contengan, peticiones, quejas, reclamos y otras solicitudes que sean radicadas, para efectos de contar con un soporte magnético y archivo de los mismos.
- Redireccionar y remitir las peticiones, quejas, reclamos y solicitudes al funcionario competente.
- Corroborar el direccionamiento o remisión de forma expedita e inmediata al funcionario o grupo competente de las accione de tutela que sean radicadas en el área de cobro coactivo.
- Ayudar con la orientación a los contribuyentes y brindar la información solicitada respecto al trámite de las peticiones, quejas, reclamos y solicitudes radicadas en las instalaciones del área de cobro coactivo.
- Presentar informes mensuales sobre las actividades realizadas, conforme a las obligaciones suscritas en el presente contrato.
- Las demás que asigne el supervisor o el Secretario de Hacienda.

Adicional se realizaron las siguientes actividades en la ejecución de mi contrato:

- Orientar e imprimir facturación a los contribuyentes para que realicen el pago oportuno de sus impuestos de predial e industria y comercio.

- Recepción y clasificación de la correspondencia radicada en las oficinas de cobro coactivo y de la Alcaldía para su respectivo reparto.

- Se realizaron encuestas de satisfacción al ciudadano, las cuales se enviaron a la Dirección de Atención al Ciudadano.

- Digitalización y finalización de acuerdos de pago en el PISAMI.

- Apertura del buzón de sugerencias con el área de correspondencia de la Alcaldía, para su respectiva radicación y seguimiento a las preguntas, sugerencias y reclamos de la ciudadanía.

El presente informe se entrega con fecha 28 de febrero de 2019.

VoBo JENNY MARCELA QUINTERO
Coordinadora Grupo de Gestión de Recaudo

AMALIA TORRES MENDEZ
Contratista

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 65633993		TORRES MENDEZ AMALIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	MANZA H CAS 101 A	IBAGUE-TOLIMA	2744587	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2019-02	2019-02	417971396	84893O7124	I	2019/03/21	2019/02/26	BANCO DAVIVIENDA	0	$394,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,360,000	$217,600			$1,360,000	$170,000			$0	$0			$1,360,000	$7,100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,360,000	$217,600			$1,360,000	$170,000			$0	$0			$1,360,000	$7,100		$0	$0
Ciudad: IBAGUE Depto: TOLIMA (1 Afiliados)					$1,360,000	$217,600			$1,360,000	$170,000			$0	$0			$1,360,000	$7,100		$0	$0
1	EC 65633993	TORRES AMALIA	230201	30	$1,360,000	$217,600	EPS005	30	$1,360,000	$170,000		0	$0	$0	14-25	30	$1,360,000	$7,100	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,360,000	$217,600			$1,360,000	$170,000			$0	$0			$1,360,000	$7,100		$0	$0

2019/02/26 10:41 AM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 65633993		TORRES MENDEZ AMALIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	MANZA H CAS 101 A	IBAGUE-TOLIMA	2744587	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2019-02	2019-02	417971396	8489307124	I	2019/03/21	2019/02/26	BANCO DAVIVIENDA	0	$394,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$217,600	$0	$0	$217,600
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$217,600	$0	$0	$217,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,100	$0	$0	$7,100
COLMENA	14-25	800,226,175	3	1	$7,100	$0	$0	$7,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$170,000	$0	$0	$170,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$170,000	$0	$0	$170,000
TOTAL				1	$394,700	$0	$0	$394,700

2019/02/26 10:41 AM

Ibagué, Marzo 04 de 2019

Señores
ALCALDIA MUNICIPAL DE IBAGUE

Yo, AMALIA TORRES MENDEZ identificado(a) como aparece al pie de mi correspondiente firma y bajo la gravedad de juramento manifestó:

1. SOY RESPONSALBE DE IVA _____ NO SOY RESPONSABLE DE IVA __X_____
2. NO_X__ SI___ soy contribuyente del impuesto sobre la renta y complementarios para el año gravable 2018.

3. De conformidad a la Ley 1943 de 2018 informo:
   No _X__,tengo trabajadores asociados a la actividad.
   Si ____tengo trabajadores asociados a la actividad 1____, 2 o más _____.

4. SI __ NO _X_ cuento con un certificado por intereses o corrección monetaria cancelados por el año 2018, en virtud de préstamos para adquisición de vivienda. En caso afirmativo certifico que este no está siendo utilizado por otro contribuyente. Anexo carta de solicitud con el respectivo soporte.

5. SI __ NO _X_ cuento con un certificado por los pagos de medicina propagada durante el año 2018. En caso afirmativo certifico que este no está siendo utilizado por otro contribuyente. Anexo carta de solicitud con el respectivo soporte.

6. SI __ NO _X_ cuento con dependientes. En caso afirmativo, esta deducción no está siendo utilizada por otro contribuyente, en relación con el o los siguiente (s) dependiente (s):

Nombre	Documento de Identidad	Parentesco	Calidad de Dependiente

La calidad de dependiente, está definida en el parágrafo 3 del artículo 2 del decreto 099 de enero de 2013.
Se debe señalar el numeral al cual corresponda (1,2,3,4 o 5) por los numerales 3,4 y 5 según sea el caso se debe anexar certificado.

7. A continuación, relaciono los pagos a efectuarse en el presente mes:

N° de pago	N° y año del contrato	Valor Bruto del Pago en el mes
PRIMERO (1)	237 DEL 29 DE ENERO DE 2019	$3.400.000
TOTAL: $3.400.000		

Adicionalmente manifiesto que los documentos adjuntos a la presente Orden de Pago corresponden a los aportes realizados al Sistema de Seguridad Social en Salud, Pensión y Riegos Laborales, que se originaron con ocasión al Contrato de Prestación de Servicios No. 237 DEL 29 DE ENERO DE 2019, Con Planilla No. **8489307124** por valor de **$394.700** correspondiente al mes de FEBRERO de 2019.

FIRMA: Amalia Torres M
C.C.No. 65.633.993 de Ibagué

Anexo (0) Folios.

Alcaldía Municipal Ibagué NIT 800113389-7	PROCESO: GESTION FINANCIERA	Código: FOR 02 PRO GF 01
		Versión: 01
	FORMATO: DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA	Fecha: 31-08-2017
		Pagina: 1 de 1

musical ibagué capital

Persona Natural de quien se adquiere los bienes y/o servicios

Artículo 771-2 Estatuto Tributario

Nombre o Razon Social: Amalia Torres Mendez C.C 65.633.993

Dirección: Condominio La Campiña Apto 301 Tel: 3168642323

Ciudad: Ibagué

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

Art. 3 Dec. 522 Marzo de 2003

No.	1

DIA	MES	AÑO
4	3	2019

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA OPERACIÓN	Vr. UNITARIO	Vr. TOTAL
	CONTRATO NO. 237 DEL 29 DE ENERO DE 2019 OBJETO: "Modulo 145. Prestación de Servicios Profesionales la Secretaria de Hacienda Municipal."	$ 3.400.000	$ 3.400.000
	PERIODO DE EJECUCION DE ACTIVIDADES DEL 01 AL 28 DE FEBRERO DE 2019		
SON:	TRES MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS M/CTE	Neto a Pagar	-$ 3.400.000
Observaciones:			

FIRMA AUTORIZADA:

Amalia Torres

C.C: 65.633.993

ACEPTADA
FIRMA Y SELLO DEL CLIENTE

C.C:

La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través de la plataforma Pisami. La copia o impresión diferente a la publicada, será considerada como documento no controlado y su uso indebido no es responsabilidad de la Alcaldía de Ibagué

E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional

CE-006 - 0000000100 – 2019

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a EPS Sanitas S.A.:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 65633993
NOMBRES Y APELLIDOS	Torres Mendez,Amalia
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	15/07/2013
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Torres Mendez,Amalia , a los 26 días del mes de febrero del año 2019.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Yisseth Johanna Corredor Ospina
Coordinadora de Gestión de la Afiliación.

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **TORRES MENDEZ AMALIA** identificado(a) con **CC** número **65.633.993** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el dia 29 de junio de 2004 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO.**

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 26 de febrero de 2019.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Dirección servicios transaccionales para clientes
Protección S.A.

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

Colmena
Seguros

CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN TRABAJADOR

Colmena Seguros se permite certificar que el(la) trabajador(a) mencionado(a) a continuación se encuentra afiliado(a) a esta administradora, bajo los siguientes datos:

NOMBRE:	TORRES MENDEZ AMALIA
IDENTIFICACIÓN:	CC 65633993
INICIO VIGENCIA:	27/05/2016
TIPO DE TRABAJADOR:	Independiente
SEDE:	PRINCIPAL RIESGO 1
CLASE:	1
TASA:	0,522

La presente se expide a los 26 días del mes de febrero del año 2019.

Cualquier información adicional que se requiera sobre los datos contenidos en el presente documento, no dude en consultarla a través de nuestra Línea Efectiva 01-8000-9-19667 gratis a nivel nacional o al teléfono 4010447 en Bogotá.

Cordialmente,

Gerente de Servicio

Colmena Seguros

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Colmena Compañía de Seguros de Vida S.A.

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el dia 26/02/2019 16:14:14. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

LA DIRECCION GRUPO DE CONTRATACION

CERTIFICA QUE:

CONTRATO NUMERO:	0237
FECHA CONTRATO	29/01/2019
CONTRATISTA:	AMALIA TORRES MENDEZ
OBJETO	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA SECRETARIA DE HACIENDA MUNICIPAL
NUMERO CC/NIT:	65633993-1

Se encuentra perfeccionado y legalizado a partir del día 31 DE ENERO DE 2019, cumpliendo con los requisitos exigidos en la Ley, los cuales reposan en la correspondiente carpeta como son: registro presupuestal, aprobación de póliza y certificación de afiliación a E.P.S. No obstante de lo anterior siendo estos requisitos de la etapa de ejecución, le corresponde al supervisor rectificar con la minuta del contrato que el valor de las estampillas sean las solicitadas; igualmente debe verificar la afiliación del contratista a la A.R.L.

Por lo anterior se puede continuar con la suscripción del acta de inicio a partir de esta fecha.

JENNIFER LICEL AYA BONILLA
DIRECTORA GRUPO CONTRATACION (E)

La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través de la plataforma PISAMI y/o de Intranet de la Administración Municipal. La copia e impresión diferente a la publicada, será considerada como documento no controlado y su uso indebido no es responsabilidad de la Alcaldía de Ibagué