Contrato No.	ADRES-CPS-616-2021		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	MARIA FERNANDA GARZON VARGAS		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	MAURICIO PÁEZ VILLALBA	**Teléfono / Extensión**	311 246 307
Dependencia	Dirección de Otras Prestaciones		
Objeto del Contrato	Prestar servicios profesionales a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES en la revisión y verificación de las cuentas que presenten ante la Entidad las entidades recobrantes, los prestadores de servicios de salud y las personas naturales, por concepto de servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC o con presupuestos máximos, reclamaciones de servicios médicos, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito ocasionados por vehículos sin identificar o sin SOAT, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social, así como el proceso de reintegro de recursos a favor del sistema por recobros apropiados o reconocidos sin justa causa; lo anterior, conforme a lo establecido en la normativa y manuales vigentes.		
Fecha de Inicio	29/07/2021	**Fecha de Terminación**	31/12/2021

Periodo del Informe de Actividades	**Desde**	29/07/2021	**Hasta**	31/07/2021
Adición y/o Prórroga	N.A.			
Suspensión	N.A.			
Cesión	N.A.			

INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES [i]

Obligación contractual		Actividad desarrollada	Producto y/o Entregables	Alertas, inconvenientes o situaciones especiales que afectan el cumplimiento de la obligación
1	Efectuar la revisión, verificación de las cuentas presentadas ante la ADRES por servicios y tecnologías no financiados con la UPC, así como, por atenciones en salud e indemnizaciones por accidentes de tránsito ocasionados por vehículos sin identificar o sin SOAT, eventos terroristas y catástrofes de origen natural.	En este periodo no fue asignada ninguna actividad que tenga relación con esta obligación.	N.A	Ninguna.

2	Llevar a cabo la verificación de los soportes requeridos para la presentación de los documentos aportados por el reclamante y emitir observaciones a las causales de objeción aplicables por este concepto cuando haya lugar.	En este periodo no fue asignada ninguna actividad que tenga relación con esta obligación.	N.A	Ninguna
3	Analizar los soportes e información presentada por las entidades recobrantes, los prestadores de servicios de salud y las personas naturales y con base en los normas y manuales vigentes, generar conclusiones y resultados respecto al cumplimiento de los requisitos previstos para aprobar o negar las solicitudes de reconocimientos radicadas.	En este periodo no fue asignada ninguna actividad que tenga relación con esta obligación.	N.A	Ninguna
4	Apoyar a la Dirección de Otras Prestaciones en generación de apoyos y conceptos requeridos para soportar técnicamente recomendaciones en el marco del proceso de defensa judicial de la ADRES	En este periodo no fue asignada ninguna actividad que tenga relación con esta obligación.	N.A.	Ninguna.
5	Registrar los resultados de las tareas adelantadas, en las herramientas de sistemas y/o formatos aplicables, de acuerdo con los alcances e instrucciones definidas por el supervisor del contrato.	En este periodo no fue asignada ninguna actividad que tenga relación con esta obligación.	N.A.	Ninguna
6	Participar en la estructuración, definición e implementación de los manuales, procesos y procedimientos asociados con la revisión, verificación y auditoria de las cuentas por concepto de recobros y reclamaciones.	En este periodo no fue asignada ninguna actividad que tenga relación con esta obligación.	N.A.	Ninguna
7	Adelantar las actividades relacionadas con el proceso de reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa, que el supervisor le asigne, en virtud del artículo 7º	En este periodo no fue asignada ninguna actividad que tenga relación con esta obligación.	N.A.	Ninguna

	de la Ley 1949 de 2019 y las que las modifiquen o sustituyan			
8	Realizar las actividades relacionadas con el alistamiento de la información para el pre cierre y cierre de los paquetes de recobros y reclamaciones que le sean asignadas.	En este periodo no fue asignada ninguna actividad que tenga relación con esta obligación.	N.A.	Ninguna
9	Brindar apoyo a la gestión en las actividades de seguimiento y monitoreo del proceso de Recobros y Reclamaciones, a través de la validación de la consistencia de la información generada a partir de las fuentes internas y externas.	En este periodo no fue asignada ninguna actividad que tenga relación con esta obligación.	N.A.	Ninguna
10	Emitir las observaciones y recomendaciones a que haya lugar relacionadas con los criterios de auditoría y su aplicación en las cuentas de reclamaciones y recobros asignados, las cuales deberán estar sustentadas técnica y jurídicamente.	En este periodo no fue asignada ninguna actividad que tenga relación con esta obligación.	N.A.	Ninguna
11	nformar oportunamente al supervisor y a la Dirección de Otras Prestaciones los casos que, en su labor propia de análisis y verificación de los soportes requeridos para la presentación de recobros y reclamaciones, identifique como presuntas situaciones anómalas, irregulares, atípicas o posibles casos de intento de fraude al Sistema General de Seguridad Social en Salud	En este periodo no fue asignada ninguna actividad que tenga relación con esta obligación.	N.A.	Ninguna
12	Efectuar la revisión de calidad de los resultados del proceso de revisión, verificación o auditoría de los recobros y reclamaciones, que hayan sido generados directamente por la ADRES o por los terceros contratados por la misma, según sea requerido.	En este periodo no fue asignada ninguna actividad que tenga relación con esta obligación.	N.A.	Ninguna
13	Las demás actividades que se deriven del objeto y naturaleza del contrato, que para el efecto	Reunion Agosto 2 10:00 am : Soporte Tecnico a la Defensa Judicial.	Invitación por medio de correo electrónico	Ninguna

	le asigne el supervisor del contrato.			

Hago constar que durante el periodo reportado se adelantaron las anteriores obligaciones y/o actividades.

Maria Fernanda Garzón Vargas
Firma del Contratista
Fecha: 2/08/2021

BALANCE ECONÓMICO

Valor Total Contrato (Inicial + Adición)	Valor Pagado	Valor a Pagar	Saldo Liberado	Saldo por Pagar
24.048.690	**0**	**310.306**	0	**23.738.385**

La ADRES cancelará al CONTRATISTA, la suma de trescientos diez mil trecientos seis pesos. ($310.306) M/CTE)

PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL PERSONAS NATURALES
Mes de ejecución contractual

CONCEPTO	PLANILLA No.	VALOR	PERIODO		FECHA DE PAGO
			DESDE	HASTA	
Salud	1038429903	230.800	1/06/2021	30/06/2021	21/06/2021
Pensión	1038429903	295.400	1/06/2021	30/06/2021	21/06/2021
ARL	1038429903	9.700	1/06/2021	30/06/2021	21/06/2021

El Contratista tiene otros Contratos de Prestación de Servicios:

SI ☐ NO ☒

En la eventualidad que la Supervisión verifique que la información suministrada por el Contratista no es consistente o carece de validez, ésta deberá indicar las acciones tomadas: Realizar una breve descripción del hallazgo (Adjuntar soportes)

INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN

De conformidad con el seguimiento a la ejecución del contrato, el (los) supervisor (es) certifica(n) que:

1. El (la) Contratista durante el periodo de ejecución del contrato, desarrolló y cumplió con objeto contractual, las obligaciones generales y específicas, presentó y entregó los productos y/o informes establecidos en el Contrato o Convenio en mención.

2. Apruebo los informes, productos y demás documentos presentados y entregados por el (la) Contratista durante el periodo mencionado en desarrollo de las obligaciones pactadas en el Contrato o Convenio en mención.

3. A la fecha no existen causales de incumplimiento de las obligaciones contractuales que demanden actuaciones conminatorias o sancionatorias por parte de la Administración.

4. Verifique la matriz de riesgos del contrato y se estableció, que no se ha materializado ninguno de los riesgos.

OBSERVACIONES	No aplica
ANEXOS	1. Comprobante del pago de los Aportes respectivos al Sistema de Seguridad Social Integral en Salud y Pensiones y/o Aportes Parafiscales por parte del Contratista. 2. Formato de deducciones para efectos de retención en la fuente, suministrado por la entidad. 3. Soportes contractuales cargados en la sección 7 del contrato electrónico (Formato comprimido). 4. Cuenta de cobro o factura, según el Régimen sea Simplificado o Común. a. Si el contratista está obligado a facturar electrónicamente, deberá presentar la factura electrónica validada previamente por la DIAN, como requisito necesario para el pago de los bienes y/o servicios contratados, conforme con las disposiciones señaladas en el Decreto 358 del 5 de marzo de 2020, en concordancia, con lo dispuesto en la Resolución No. 000042 del 5 de mayo de 2020 5. En caso de primer pago debe aportar: a. Los soportes relacionados en el formato de deducciones para efectos de retención en la fuente.

En constancia, firmo:

Mauricio Paez Villalba
Supervisor (es)/Interventor (es)

En constancia, el presente documento se entiende aprobado por las partes una vez el usuario supervisor del contrato efectue la aprobacion respectiva en la plataforma de SECOP II.

Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., 2/08/2021

[i] Incluir las obligaciones específicas pactadas en el Contrato y/o Convenio.

CIUDAD: Bogota D.C.

FECHA: 02/08/2021

CUENTA DE COBRO

(Aplicable para Personas Naturales que pertenecen al Régimen Simplificado Art. 499 Estatuto Tributario)

ADQUIRIENTE DEL SERVICIO Y NIT: ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD-ADRES. **NIT:** 901037916-1

DEBE A:

NOMBRE: MARIA FERNANDA GARZON VARGAS

IDENTIFICACIÓN: **CC** ☑ **NIT** ☐ **No.** 1.070.955.709

CONTRATO No.: ADRES- CPS- 616- 2021

OBJETO: Prestar servicios profesionales a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES, en las actividades relacionadas con el análisis de información y verificación de soportes de las reclamaciones por eventos catastróficos de origen natural , terroristas y accidentes de transito y de las solicitudes de recobros por tecnologías en salud no cubiertas por el pan de Beneficios, asi como apoyar a la Dirección en las actividades que se deriven del proceso de reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa, alistamiento de la información para precierre y cierre de los paquetes.

PERIODO COMPRENDIDO DESDE: 29/07/2021 **HASTA:** 31/07/2021

LA SUMA DE: Trescientos diez mil trecientos seis pesos. ($310.306) M/CTE)

POR CONCEPTO DE HONORARIOS

DIRECCIÓN: Calle 1 a Nº 5-36 Villa Ferroviaria - Facatativá

TELÉFONO: 3217136619

Maria Fernanda Garzón Vargas

FIRMA

C.C 1.070.955.709

CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2021

Nombres y Apellidos	No. Identificación
MARIA FERNANDA GARZON VARGAS	1.070.955.709

Que para los efectos que sean pertinentes, me permito aportar la siguiente información personal:
Régimen del impuesto sobre las ventas al que pertenezco: COMUN ☐ SIMPLIFICADO ☒

Código Actividad Económica 8299 Tarifa ICA 9.66

Contrato de Prestación de Servicios Número: No. ADRES- CPS- 616- 2021

Fecha de Inicio: 29-07-2021 Fecha de Terminación: 31-12-2021
Valor inicial del Contrato: $ 24.048.690
Valor total del contrato: $ 24.048.690
Prórroga: SI ☐ NO ☒
Valor mensual por concepto de Honorarios: $ 4. 654.585

1. Declaro bajo gravedad de juramento que para desarrollar la actividad por prestación de Honorarios y por compensación por servicios personales, no he contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados, por lo cual solicito aplicar la retención en la fuente del Art. 383, servicio clasificado como Renta de trabajo según el artículo 103 del Estatuto Tributario. De la misma manera, en el momento en que contrate o vincule dos (2) o más trabajadores asociados a mi actividad económica, me comprometo a informarles.
2. Declaro bajo gravedad de juramento en el marco de lo estipulado en el Decreto 099 de 2013, Artículo 387 del Estatuto Tributario, que las personas que a continuación relaciono, dependen económicamente de mí, así mismo manifiesto que ninguna otra persona podrá requerir beneficio en forma adicional en los términos establecidos de la norma precitada, para lo cual adjunto documentación que así lo certifica:

TIPO DE DOCUMENTO	No. DE DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	CALIDAD DEPENDIENTE (*)
NA	NA	NA	NA
NA	NA	NA	NA

CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2021

(*) CALIDAD DEPENDIENTES

a) Hijos que tienen hasta 18 años de edad y dependen económicamente de mí.
b) Hijos con edades entre 18 y 23 años cuya educación está a mi cargo en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación para el trabajo y el desarrollo humano debidamente acreditados por la autoridad competente.
c) Hijos mayores de 23 años que se encuentran en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos certificados por medicina legal.
d) Cónyuge o compañero permanente que se encuentra en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientos sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos certificados por medicina legal.
e) Padres y/o hermanos que se encuentran en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientos sesenta (260) UVT, certificados por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos certificados por medicina legal.

Con lo anterior se solicita que en la depuración de la base de retención sea descontado el 10% de mis ingresos brutos y hasta un máximo de 32 UVT por concepto de dependientes.

3. Igualmente, con mi firma declaro: que mi cónyuge (VACIO) identificado (a) con la C.C. No. (VACIO) no ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

4. Declaro bajo gravedad de juramento, que a la fecha tengo vigente un crédito hipotecario para adquisición de vivienda, Obligacion (VACIO) de (VACIO), según certificación del año 2019; anexa al presente, lo anterior para efectos de la aplicación de la retención a que haya lugar de conformidad con el estatuto tributario vigente y normas reglamentarias, en particular lo establecido en el Decreto 099 de 2013, articulo 2, numeral1, hasta 100 uvt.

CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2021

5. Declaro que soy titular de la cuenta AFC No. __(VACIO)_ del Banco __(VACIO)__, a la cual consigno mensualmente la suma de ($ (VACIO)), de la cual anexo la certificación bancaria. Lo anterior con el objeto de acceder a disminución de la base de retención en la fuente en el documento equivalente anexo al desembolso en mención, de conformidad con lo consagrado en el artículo 126-4 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 23 de la ley 633 de 2000, y además disposiciones legales vigentes.

6. Declaro que mensualmente consigno a pensiones voluntarias _____(VACIO)_____ la suma de ($ (VACIO)), de la cual anexo certificación del Fondo de Pensiones. Lo anterior con el objeto de acceder a disminución de la base de retención en la fuente, de conformidad con lo consagrado en el artículo 126-1 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 23 de la ley 633 de 2000, y además disposiciones legales vigentes.

   Nota: Para los numerales 5 y 6 la sumatoria de los aportes no debe exceder del 30% del ingreso laboral. _____

7. Declaro que consigno a Medicina pre-pagada ___(VACIO)___ la suma de ($ (VACIO)), (anexar certificación del año inmediatamente anterior)__(VACIO)__que no supera las 16 UVT mensuales

8. Declaro que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud, corresponden a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención. (Anexar planilla de liquidación según Artículo 56 del Estatuto Tributario)

Atentamente,

_MARIA FERNANDA GARZON VARGAS__
Firma
Cédula de ciudadanía: _1.070.955.709__
Bogotá D.C _2 de Agosto 2021__



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.070.955.709
GARZON VARGAS

APELLIDOS
MARIA FERNANDA

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 02-NOV-1989
FACATATIVA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

20-NOV-2007 FACATATIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL



P-1507600-00062201-F-1070955709-20081010 0004177547A 1 15865049

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2021-06-21, 11:30:07 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	junio de 2021
Periodo de Cotización Para Salud	junio de 2021
Empresa	MARIA FERNANDA GARZON VARGAS
CEDULA CIUDADANIA	CC 1070955709
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1038429903
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1031209286
Banco	(1051) - BANCO DAVIVIENDA
Valor	$ 535.900
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.10

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N800227940	231001	COLFONDOS	1	$ 295.400	$ 0
N830003564	EPS017	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR LIMITADA CAFAM-COLSUBSIDIO	1	$ 230.800	$ 0
N860011153	14-23	ARP - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1	$ 9.700	$ 0
		SubTotales:		$ 535.900	$ 0
		Total a Pagar:			$ 535.900

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - 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!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

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

¡El Poder de lo SIMPLE!