ADRES	**PROCESO**	**GESTIÓN DE CONTRATACIÓN**	**CÓDIGO**	**GCON-FR01**
	FORMATO	**INFORME DE CUMPLIMIENTO DE AVANCES DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y PAGO**	**VERSIÓN**	**03**
			FECHA	**10/05/2021**

Contrato No. 1	Contrato CPS-430-2022		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	ANGELA MARIA RODRIGUEZ BOLIVAR		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	YEIMY JOHANA AFRICANO MARTINEZ	**Teléfono / Extensión**	432 27 60 Ext. 1020
Dependencia	OFICINA ASESORA JURIDICA		
Objeto del Contrato	Adelantar las actividades administrativas y operativas requeridas por la Oficina Asesora Jurídica para el cumplimiento de la gestión de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES.		
Fecha de Inicio	**12/10/2022**	**Fecha de Terminación**	**31/12/2022**

Periodo del Informe de Actividades	**Desde**	12/10/2022	**Hasta**	31/10/2022
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.	Recibir el reparto asignado al grupo de Representación judicial de la OAJ y distribuirlo a través del Sistema de Gestión Documental dispuesto por la entidad, que corresponda a los procesos extrajudiciales, judiciales y procedimientos administrativos en los cuales sea parte o tercero interesado la ADRES.	Fueron asignados 149 orfeos por medio de la plataforma y diligenciada la base de reparto.	Excel "Orfeos asignados Colpensiones"	N/A
2.	Elaborar los poderes para que los apoderados de la OAJ ejerzan la defensa judicial y extrajudicial de la entidad y tramitarlos ante el jefe de la Oficina Asesora Juridica previo visto bueno del supervisor del contrato.	Esta actividad no fue realizada durante este periodo.	N/A	N/A
3.	Remitir alertas de vencimientos con cinco (5) días de antelación.	Esta actividad no fue realizada durante este periodo.	N/A	N/A

4.	Diligenciar las respectivas bases de datos o aplicativos para efectos del seguimiento y control de las conciliaciones prejudiciales, procesos judiciales, derechos de petición, reclamaciones administrativas y demás asuntos relacionados con la defensa judicial o extrajudicial de la Entidad.	Fue diligenciada la base de reparto Excel "COLPENSIONES MANDAMIENTOS DE PAGO"		N/A
5.	Apoyar la elaboración de informes, requerimientos y demás solicitudes que versen sobre los datos estadísticos de las conciliaciones y reclamaciones administrativas, así como demás requerimientos de conocimiento de la defensa prejudicial.	Se realizo informe de Conciliaciones Judiciales en estado devolutivo		N/A
6.	Elaborar el cronograma de desplazamientos de funcionarios o contratistas de la OAJ para la vigilancia de los procesos y para el cumplimiento de requerimientos de despachos judiciales o autoridades administrativas.	Esta actividad no fue realizada en este periodo..	N/A	N/A
7.	Realizar seguimiento de las actuaciones adelantadas en cada uno de los procesos judiciales a cargo de la OAJ, informando vencimientos de términos, inasistencias a audiencias, presentación extemporánea de documentos o pruebas, requerimientos de los despachos judiciales y demás actuaciones que generen riesgo en la defensa de los intereses de la ADRES.	Esta actividad no fue realizada durante este periodo.	Soportes de asistencias a las audiencias de conciliación y Excel "Asistencia audiencias de conciliación ABRIL"	N/A
8.	Apoyar el cargue de piezas procesales en la plataforma ekogui y validar dicha actuación de manera concomitante con el administrador del sistema.	Esta actividad no fue realizada en este periodo, dado que los apoderados de cada caso individualmente efectúan los cargues.	N/A	N/A
9.	Realizar cruce semanal de la base de datos diligenciada en la ADRES para las conciliaciones y las asignadas por la ANDJE a través de la plataforma ekogui y remitir la distribución respectiva, solicitud de eliminación, información de duplicidad al administrador de la entidad en dicha plataforma.	Esta actividad no fue realizada durante este periodo.	N/A	N/A
10.	Elaborar y presentar de acuerdo con las disposiciones vigentes, los informes relacionados con los procesos judiciales en los que sea parte ADRES, con destino a los organismos de control que lo requieran o las instancias correspondientes.	Esta actividad no fue realizada durante este periodo.	N/A	N/A

11.	Apoyar la elaboración de actas a la secretaria técnica del Comité dentro de los tres días hábiles siguientes a cada sesión.	Fue elaborada el Acta Sesión Extraordinaria No. 116	Acta Sesión Extraordinaria No. 116	N/A
12.	Apoyar la elaboración de certificaciones dentro de los dos días hábiles siguientes a cada sesión de Comité de Conciliación.	Fueron elaboradas 14 certificaciones de Comité de Conciliación.	Certificaciones de Comité Conciliación en formato PDF.	N/A
13.	Apoyar la elaboración de presentaciones al comité de conciliación.	Esta actividad no fue realizada durante este periodo.	N/A	N/A

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

Angela Rodriguez

Firma del Contratista
Fecha: 31/10/2022

Valor Total Contrato (Inicial + Adición)	Valor Pagado	Valor a Pagar	Saldo Liberado	Saldo por Pagar
$10.671.692	**$0**	**$1.689.684,57**	**$0**	**$8.982.007,43**

La ADRES cancelará al CONTRATISTA, la suma de Un millón seiscientos ochenta y nueve mil seiscientos ochenta y cuatro pesos con cincuenta y siete centavos PESOS M/CTE ($2.667.923,00)

PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL PERSONAS NATURALES
Mes de ejecución contractual

CONCEPTO	PLANILLA No.	VALOR	PERIODO		FECHA DE PAGO
			DESDE	HASTA	
Salud	9440981960	$125.000	01/10/2022	31/10/2022	30/11/2022
Pensión	9440981960	$160.000	01/10/2022	31/10/2022	30/11/2022
ARL	9440981960	$5.300	01/10/2022	31/10/2022	30/11/2022

BALANCE ECONÓMICO

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 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	Incluir información relevante no descrita en otro acápite, solo si aplica, no es necesario reiterar información

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 (Formatocomprimido). 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:

YEIMY JOHANA AFRICANO MARTÍNEZ
Supervisor / Interventor

Lugar y fecha: Bogotá, D.C, 31/05/2022

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

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

CIUDAD: Bogotá D.C.

FECHA: 1/11/2022

CUENTA DE COBRO

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

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

DEBE A:

NOMBRE: ANGELA MARIA RODRIGUEZ BOLIVAR

IDENTIFICACIÓN: **CC** ☑ **NIT** ☐ **No.** 1.018.468.497

CONTRATO No: 430-2022

OBJETO: Adelantar las actividades administrativas y operativas requeridas por la Oficina Asesora Jurídica para el cumplimiento de la gestión de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES.

PERIODO COMPRENDIDO DESDE: 12 DE OCTUBRE DE 2022 **HASTA:** 31 DE OCTUBRE DE 2022

LA SUMA DE: Un millón seiscientos ochenta y nueve mil seiscientos ochenta y cuatro pesos con cincuenta y siete centavos M/CTE ($$1.689.684,57)

POR CONCEPTO DE HONORARIOS

DIRECCIÓN: CARRERA 8ª 7-57 SUR

TELÉFONO: 3142081769

Angela Rodriguez

FIRMA
C.C. No. 1.018.468.497

CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2022

Nombres y Apellidos	No. Identificación
ANGELA MARIA RODRIGUEZ BOLIVAR	1.018.468.497

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 6910 Tarifa ICA 6,9
Contrato de Prestación de Servicios Número: No. ADRES- CPS-430-2022
Fecha de Inicio: 12 de OCTUBRE de 2022 Fecha de Terminación: 31 de DICIEMBRE de 2022
Valor total del Contrato: $ $10.671.692 Prórroga: SI ☐ NO ☒
Valor por concepto de Honorarios 2022: $1.689.684,57

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, Artículo387 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 (*)

(*) 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.

CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2022

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 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_____identificado (a) con la C.C. No._____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, Obligación_____de_____, según certificación del año 2016; 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.

5. Declaro que soy titular de la cuenta AFC No._____del Banco_____, a la cual consigno mensualmente la suma de ($), 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_____la suma de ($), 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.

CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2022

7. Declaro que consigné a Medicina pre-pagada, la suma de ($), (anexo certificación del año inmediatamente anterior) 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,

Angela Rodriguez

Firma:
Angela Maria Rodriguez Bolívar
Cédula de ciudadanía No. 1.018.468.497 de Bogotá D.C.

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 1018468497		ANGELA MARIA RODRIGUEZ BOLIVAR	INDEPENDIENTE	Principal	carrera 8a 7-57 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3142081769	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-10	2022-10	1783460057	9440981960	I	2022/11/24	2022/11/30	BANCO CAJA SOCIAL	6	$292,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$160,000	$1,000	$0	$161,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$160,000	$1,000	$0	$161,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$5,300	$100	$0	$5,400
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$5,300	$100	$0	$5,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$125,000	$800	$0	$125,800
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$125,000	$800	$0	$125,800
TOTAL				1	$290,300	$1,900	$0	$292,200

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 1018468497		ANGELA MARIA RODRIGUEZ BOLIVAR	INDEPENDIENTE	Principal	carrera 8a 7-57 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3142081769	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-10	2022-10	1783460057	9440981960	I	2022/11/24	2022/11/30	BANCO CAJA SOCIAL	6	$292,200

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)					$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000	$5,300		$0	$0
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)					$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000	$5,300		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000	$5,300		$0	$0
1	CC 1018468497	RODRIGUEZ ANGELA	25-14	30	$1,000,000	$160,000	EPS008	30	$1,000,000	$125,000		0	$0	$0	14-7	30	$1,000,000	$5,300	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000	$5,300		$0	$0