Contrato No.	ADRES-CPS-668-2023		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	LEIDY YOHANNA CARDONA BAYONA		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	MAYRA ALEJANDRA PEREZ BEJARANO	**Teléfono / Extensión**	4322470/1850
Dependencia	Dirección de Otras Prestaciones		
Objeto del Contrato	Prestar servicios profesionales especializados a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES apoyando las actividades relacionadas con la definición de criterios de auditoría y liderando la implementación, seguimiento y evaluación de los procesos de liquidación, reconocimiento y pago de servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC o con presupuestos máximos y de 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 en el procedimiento de reintegro de recursos de salud apropiados o reconocidos sin justa causa.		
Fecha de Inicio	2/06/2023	**Fecha de Terminación**	31/12/2023

Periodo del Informe de Actividades	**Desde**	2/06/2023	**Hasta**	30/06/2023
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	Realizar las actividades de seguimiento, implementación, verificación, definición y control de los servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC ni con los presupuestos máximos, así como las reclamaciones por eventos catastróficos de origen natural, terroristas y accidentes de tránsito, de conformidad con el marco	Se realiza actividades de seguimiento, implementación, verificación, definición y control en la auditoría integral de reclamaciones en las cuales se realiza la verificación y seguimiento de la auditoria efectuada al paquete G48 Nuevas parte B, G49 RG Enero,G51 Nuevas febrero, G52 paquete especial, propendiendo por el cumplimiento de	Se anexa pantallazo y lista de asistencia a capacitación y/o seguimiento.	Ninguna

	normativo vigente y con la observancia y aplicación de los procedimientos de la Dirección de Otras Prestaciones.	la aplicación de los criterios de auditoria establecidos en la normatividad vigente.		
2	Realizar el acompañamiento jurídico que requiera la Dirección de Otras Prestaciones en la revisión o elaboración de los manuales, procedimientos, relacionados con la auditoría por concepto de servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC ni con los presupuestos máximos, así como las reclamaciones por eventos catastróficos de origen natural, terroristas y accidentes de tránsito que le sean asignados por el supervisor del contrato.	Se realiza realiza el compañamiento jurídico requerido por la Dirección de Otras Prestaciones en la Elaboración del proyecto Resolucion que deroga la Resolución 1645 de 2016 y el porcedimiento que define los requisitos y condiciones para el reconocimiento y pago de reclamaciones por parte de la ADRES.	Se anexa pantallazo de correo electrónico enviado.	Ninguna
3	Proyectar las respuestas a las peticiones y diferentes requerimientos de los particulares, entes de control y demás autoridades relacionadas con la auditoría por concepto de servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC ni con los presupuestos máximos, así como las reclamaciones por eventos catastróficos de origen natural, terroristas y accidentes de tránsito que le asigne el supervisor del contrato en el marco del objeto del contrato.	Se proyecta las respuestas a las solicitudes realizadas por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud- IPS y/o firma auditora en relación con aclaración de dudas de glosas y lineamientos de auditoría de las reclamaciones por eventos catastróficos de origen natural, terroristas y accidentes de tránsito.	Se anexa pantallazo de correos enviados con respuesta.	Ninguna.
4	Participar en las reuniones y eventos relacionados con la socialización, implementación y aplicación de los criterios de auditoría a los grupos que participan dentro del proceso de revisión y verificación de los servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC ni con los presupuestos máximos, así como las reclamaciones por eventos catastróficos de origen natural, terroristas y accidentes de tránsito en aquellos casos que le solicite el supervisor del contrato.	Se participó en las reuniones y eventos relacionados con la socialización, implementación y aplicación de los criterios de auditoria de reclamaciones nuevas y de respuesta a glosa al grupo auditor interno y externo que participa en el proceso de revisión y verificación de las reclamaciones por eventos catastróficos de origen natural, terroristas y accidentes de tránsito, cuando se requiera.	Se anexa lista de asistencia a conciliación, capacitación y/o seguimiento.	Ninguna

5	Realizar las actividades de seguimiento al proceso de verificación de análisis de las reclamaciones o recobros asignados por el coordinador del grupo auditor y propender que estas actividades se realicen conforme a los criterios de auditoría establecidos en la normatividad vigente y el respectivo Manual de Auditoría de la Dirección de Otras Pretaciones.	Se realiza el seguimiento al proceso de verificación de análisis de las reclamaciones en proceso de auditoria al paquete paquete G48 G48 Nuevas parte B, G49 RG Enero,G51 Nuevas febrero, G52 paquete especial, propendiendo por el cumplimiento de la aplicación de los criterios de auditoría establecidos en la normatividad vigente y el respectivo Manual de Auditoría.	Se anexa pantallazo de correo con seguimiento efectuado	Ninguna
6	Verificar el cumplimiento de las actividades relacionadas con el proceso de certificación de los pre cierres, cierres y comunicación de resultados de los paquetes producto de la auditoría integral por concepto de servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC ni con los presupuestos máximos, así como las reclamaciones por eventos catastróficos de origen natural, terroristas y accidentes de tránsito conforme los procedimientos y manuales de la Dirección de Otras Prestaciones en los casos que le sean asignados por el Supervisor del Contrato.	Se verifica el cumplimiento de las actividades relacionadas con el proceso de certificación del precierre del paquete 28020 producto de la auditoría integral por concepto reclamaciones por eventos catastróficos de origen natural, terroristas y accidentes de tránsito.	Se anexa pantallazo de correo con visto bueno de certificación de cierre y/o precierre.	Ninguna
7	Tramitar y apoyar al Grupo de Verificación de Auditorias de Cuentas de la Dirección de Otras Prestaciones en las actividades relacionadas con la revisión de las observaciones derivadas de la auditoría integral efectuada a los servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC ni con los presupuestos máximos, así como las reclamaciones por eventos catastróficos de origen natural, terroristas y accidentes de tránsito en los casos asignados por el Supervisor del Contrato	Se realiza tramite y apoyo al Grupo de Verificación de Auditorias de Cuentas en la revisión de las observaciones derivadas de la auditoría integral de reclamaciones que conforman el paquete G48 Nuevas parte b conforme a la normatividad vigente, propendiendo por una mejora continua en el proceso.	Se anexa pantalazo correo enviado con seguimiento	Ninguna
8	Elaborar los documentos conceptos e informes que se requieran durante el trámite de verificación de los servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC ni con los presupuestos máximos, de las reclamaciones por eventos catastróficos de origen	Se elabora respuesta a solicitud realizada por parte de los prestadores de servicios de salud acerca de aclaración de dudas de glosas aplicadas en la auditoria y la nueva normatividad que regula e	Se anexa pantallazo de correo con respuesta a solicitud.	Ninguna

	natural, terroristas y accidentes de tránsito; así como del proceso de reintegro de recursos a favor del sistema por recobros apropiados o reconocidos sin justa causa, que le sean asignados por el supervisor del contrato.	procedimiento rde reconocimiento de reclamaciones.		
9	Participar en las reuniones virtuales y /o presenciales en que se solicite su asistencia por la relación de los temas a tratar con las actividades del objeto contractual, bajo la coordinación del supervisor del contrato.	Se participo en las reuniones con IPS para aclaración de dudas relacionadas con la aplicación de glosa en el proceso de auditoria.	Se anexa pantallazo de asistencia a reunión en teams.	Ninguna
10	Las demás actividades que se deriven del objeto y naturaleza del contrato, que para el efecto le asigne la Dirección de Otras Prestaciones.	Se adelantaron actividades de seguimiento, análisis de reclamaciones con el fin de generar alertas de validaciones que conlleven a la automatización del proceso de auditoría de reclamaciones. Se adelantaron actividades de programación de agenda con visitas a territorio: - Norte de Santander - valle del cauca. Se adelantaron actividades de inducción seguimiento y retroalimentación al grupo de auditores nuevos que integran el grupo de auditoría de reclamaciones PJ.	Se anexa pantallazo de asistencia a reunión a través de la plataforma Microsoft Teams Se anexa pantallazo de correo enviado con solicitud de apoyo en la logistica. Se anexa pantallazo de asistencia a reunión a través de la plataforma Microsoft Teams	Ninguna

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

Johanna Cardona

_____

Firma del Contratista
Fecha: 4/07/2023

BALANCE ECONÓMICO

Valor Total Contrato (Inicial + Adición)	Valor Pagado	Valor a Pagar	Saldo Liberado	Saldo por Pagar
89.856.016	0	10.857.602	0	78.998.414

La ADRES cancelará al CONTRATISTA, la suma de DIEZ MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS DOS PESOS ($**10.857.602**) M/CTE).

PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL PERSONAS NATURALES
Mes de ejecución contractual

CONCEPTO	PLANILLA No.	VALOR	PERIODO		FECHA DE PAGO
			DESDE	HASTA	
Salud	9452567676	$561.700	01/06/2023	30/06/2023	23/06/2023
Pensión	9452567676	$718.900	01/06/2023	30/06/2023	23/06/2023
ARL	9452567676	$23.500	01/06/2023	30/06/2023	23/06/2023

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	Ninguna.

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:

MAYRA ALEJANDRA PEREZ BEJARANO

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., 4/07/2023

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

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 1070954939		CARDONA BAYONA LEIDY YOHANNA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 81 nro 68b 40 piso 2	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3113584113	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-06	2023-06	4297268	9452567676	I	2023/07/12	2023/06/23	BANCOLOMBIA	0	$1,394,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$4,492,801	$718,900			$4,492,801	$561,700			$4,492,801	$89,900			$4,492,801	$23,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$4,492,801	$718,900			$4,492,801	$561,700			$4,492,801	$89,900			$4,492,801	$23,500		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$4,492,801	$718,900			$4,492,801	$561,700			$4,492,801	$89,900			$4,492,801	$23,500		$0	$0
1	CC 1070954939	CARDONA LEIDY	25-14	30	$4,492,801	$718,900	EPS008	30	$4,492,801	$561,700	CCF24	30	$4,492,801	$89,900	14-23	30	$4,492,801	$23,500	30	$0	$0
Total Afiliados(1)					$4,492,801	$718,900			$4,492,801	$561,700			$4,492,801	$89,900			$4,492,801	$23,500		$0	$0

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 1070954939		CARDONA BAYONA LEIDY YOHANNA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 81 nro 68b 40 piso 2	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3113584113	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-06	2023-06	4297268	9452567676	I	2023/07/12	2023/06/23	BANCOLOMBIA	0	$1,394,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$718,900	$0	$0	$718,900
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$718,900	$0	$0	$718,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$23,500	$0	$0	$23,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$23,500	$0	$0	$23,500
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$89,900	$0	$0	$89,900
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$89,900	$0	$0	$89,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$561,700	$0	$0	$561,700
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$561,700	$0	$0	$561,700
TOTAL				1	$1,394,000	$0	$0	$1,394,000

ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2023

Bogotá D.C., 04 de julio de 2023

Nombres y Apellidos	No. Identificación
LEIDY YOHANNA CARDONA BAYONA	1.070.954.939

Que para los efectos que sean pertinentes, me permito aportar la siguiente información personal:
Responsable de IVA: SI ☐ NO ☒
Código Actividad Económica 8299__ Tarifa ICA __9.66___
Contrato de Prestación de Servicios Número: No. ADRES-CPS-668-2023
Fecha de Inicio: _02/06/2023_ Fecha de Terminación: __ 31/12/2023 __
Valor total del Contrato: $ 89.856.016_Prórroga: SI ☐ NO ☒
Valor por concepto de Honorarios 2023: $ 11.232.002

1. 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 (*)
N/A	N/A	N/A	N/A

(*) 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

CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2023

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.

2. 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 2344546-4 de_____(Banco AV Villas)_____, según certificación del año 2021; 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 Skandia Pensiones y Cesantías S.A. la suma de ($ 300.000), 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 consigné a Medicina pre-pagada, la suma de ($139.545), (anexo certificación del año inmediatamente anterior) que no supera las 16 UVT mensuales

CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2023

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,



_____

Firma:
Leidy Yohanna Cardona Bayona
Cédula de ciudadanía No. 1070954939 de Bogotá
Bogotá D.C., 04/07/2023

BANCO COMERCIAL AV VILLAS
NIT: 860.035.827-5

CERTIFICACIÓN DE CRÉDITO HIPOTECARIO

Que CARDONA BAYONA LEIDY YOHANNA identificado con CC. No 1,070,954,939 tienen con el BANCO AVVILLAS un CRÉDITO HIPOTECARIO PESOS número: 2344546 - 4 , que a diciembre 31 de 2021 presenta el siguiente estado:

Fecha de desembolso	2018/04/10
Monto original del préstamo	$63,000,000.00
Saldo capital a Diciembre 31 de 2020	$56,363,734.00
Saldo capital a Diciembre 31 de 2021	$53,647,344.00
Saldo cuenta por cobrar a Diciembre 31 de 2021	$0.00
Valor pagado por corrección monetaria - UVR	$0.00
Valor pagado por intereses	$6,984,689.00
Total pagado por todo concepto por el deudor	$7,538,043.00
Alivio Gobierno Nacional decreto 1143 de 2009	$2,166,378.00
Total pagado por todo concepto	$9,704,421.00
Numero de Cuotas pagadas en el año	12
Intereses causados no pagados	$382,837.00
Valor Total deducible (D.R. 331/76)	$4,818,311.00

IMPORTANTE

De acuerdo con el Artículo 119 del Estatuto Tributario, la deducción de los Créditos para Adquisición de Vivienda estará limitada a $43,570,000.00

Se expide esta certificación el 2022/03/11

No requiere Firma (Articulo 10 D.R. 836/91)

Si desea dirigirse al Defensor del Consumidor Financiero, puede ingresar a http://www.sernarojasasociados.com/ OPCIÓN 1: Página Principal / Envíe su queja u OPCIÓN 2: Panel Defensoría/ Envíe su reclamación o enviar comunicación escrita a Patricia Amelia Rojas Amézquita o Carlos Mario Serna Jaramillo, a la Calle 64 N. 4 - 88 en Bogotá D.C. Horario de atención presencial: Lunes a viernes de 8:00 am a 1:30 pm y 2:30 pm a 5:30 pm. Teléfono (601) 4898285, Horario de atención telefónica: Lunes a viernes de 8:00 am a 5:30 pm., Correo electrónico: defensoria@sernarojasasociados.com activo las 24 horas del día; Las funciones generales del Defensor del Consumidor Financiero son: 1) Dar trámite a las quejas contra las entidades vigiladas en forma objetiva y gratuita. 2) Ser vocero de los consumidores financieros ante la institución. 3) Actuar como conciliador entre los consumidores y el Banco. Para presentar su reclamación no se exige ninguna formalidad, basta con enviar comunicación escrita indicando el motivo de la queja, describiendo los hechos y los derechos que considere vulnerados así como la identificación y demás datos que le permitan a la Defensoría contactarlo.

compensar | salud
Plan Complementario

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

El(la) señor(a) LEIDY YOHANNA CARDONA BAYONA identificado(a) con Cedula Ciudadania No. 1070954939, funcionario(a) de LEIDY YOHANNA CARDONA BAYONA, tiene un contrato de PC ESPECIAL CON POS con COMPENSAR EPS, con una vigencia desde 01/09/2021 hasta 31/08/2022 por el cual ha cancelado la suma de SEISCIENTOS SETENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS DIEZ PESOS ($678.510,00) A continuación se relacionan los pagos efectuados desde el 01/09/2021 a la fecha.

.

Número de Recibo	Fecha de Pago	Valor Pagado
16572881	20211012	$ 110,565
16655834	20211012	$ 110,565
16655835	20211129	$ 110,565
16655836	20211215	$ 110,565
16655837	20220117	$ 118,125
16655838	20220331	$ 118,125
Total		**$ 678,510**

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), en Bogotá a los 2 días del mes de julio de 2023.

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS. Cualquier aclaración, con gusto será atendida en nuestra Línea de Atención de Servicios de Salud (601) 3078088, exclusiva para Plan Complementario Especial y Plan Complementario Vital.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO COMPENSARR-CER-PAS 13030612

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio
www.compensar.com

compensar | salud
Plan Complementario

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

El(la) señor(a) LEIDY YOHANNA CARDONA BAYONA identificado(a) con Cedula Ciudadania No. 1070954939, funcionario(a) de LEIDY YOHANNA CARDONA BAYONA, tiene un contrato de PC ESPECIAL CON POS con COMPENSAR EPS, con una vigencia desde 01/03/2022 hasta 31/08/2022 por el cual ha cancelado la suma de SETECIENTOS OCHO MIL SETECIENTOS CINCUENTA PESOS ($708.750,00) A continuación se relacionan los pagos efectuados desde el 01/03/2022 a la fecha.

.

Número de Recibo	Fecha de Pago	Valor Pagado
16655839	20220331	$ 118,125
17920652	20220428	$ 118,125
17920653	20220522	$ 118,125
17920654	20220614	$ 118,125
17920655	20220714	$ 118,125
17920656	20220825	$ 118,125
Total		**$ 708,750**

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), en Bogotá a los 2 días del mes de julio de 2023.

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS. Cualquier aclaración, con gusto será atendida en nuestra Línea de Atención de Servicios de Salud (601) 3078088, exclusiva para Plan Complementario Especial y Plan Complementario Vital.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO COMPENSAR

CER-PAS 13030611

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

El(la) señor(a) LEIDY YOHANNA CARDONA BAYONA identificado(a) con Cedula Ciudadania No. 1070954939, funcionario(a) de LEIDY YOHANNA CARDONA BAYONA, tiene un contrato de PC ESPECIAL CON POS con COMPENSAR EPS, con una vigencia desde 01/09/2022 hasta 31/08/2023 por el cual ha cancelado la suma de UN MILLON CIENTO SETENTA MIL DOSCIENTOS VENTICINCO PESOS ($1.170.225,00) A continuación se relacionan los pagos efectuados desde el 01/09/2022 a la fecha.

Número de Recibo	Fecha de Pago	Valor Pagado
18260654	20221005	$ 118,125
18287449	20221005	$ 118,125
18287450	20221105	$ 118,125
18287451	20221219	$ 118,125
19357673	20230125	$ 139,545
19357674	20230312	$ 139,545
19357675	20230312	$ 139,545
19357676	20230504	$ 139,545
19357677	20230504	$ 139,545
Total		**$ 1,170,225**

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), en Bogotá a los 2 días del mes de julio de 2023.

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS. Cualquier aclaración, con gusto será atendida en nuestra Línea de Atención de Servicios de Salud (601) 3078088, exclusiva para Plan Complementario Especial y Plan Complementario Vital.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO COMPENSAR

CER-PAS 13030610

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio
www.compensar.com

Skandia Pensiones y Cesantías S.A. con Nit. 800.148.514-2 como administradora Fondo Voluntario de PensiÛn Skandia Multifund

Certifica

A quien interese

Que LEIDY YOHANNA CARDONA BAYONA identificada con cé dula de ciudadanía nú mero 1070954939 es partícipe en FONDO VOLUNTARIO DE PENSI" N SKANDIA MULTIFUND bajo la afiliaciÛn nú mero 100003925883, vigente desde el 24 de Julio de 2017.

El saldo del contrato a la fecha es de $17,663,164.18 (diecisiete millones seiscientos sesenta y tres mil ciento sesenta y cuatro pesos con dieciocho centavos moneda corriente).

La anterior certificaciÛn se expide por solicitud del afiliado en Bogotá el 1 de Febrero de 2023.

Atentamente,



WALTER VALENZUELA CALDERON
Director de Servicio al Cliente

CIUDAD: Bogota D.C.

FECHA: 4-Jul-23

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: LEIDY YOHANNA CARDONA BAYONA

IDENTIFICACIÓN: **CC** ☑ **NIT** ☐ **No.** 1,070,954,939

CONTRATO No.: ADRES-CPS-668-2023

OBJETO: Prestar servicios profesionales especializados a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES apoyando las actividades relacionadas con la definición de criterios de auditoría y liderando la implementación, seguimiento y evaluación de los procesos de liquidación, reconocimiento y pago de servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC o con presupuestos máximos y de 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 en el procedimiento de reintegro de recursos de salud apropiados o reconocidos sin justa causa.

PERIODO COMPRENDIDO DESDE: 2-Jun-23 **HASTA:** 30-Jun-23

LA SUMA DE: DIEZ MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS DOS PESOS ($10.857.602) M/CTE).

POR CONCEPTO DE HONORARIOS

DIRECCIÓN: CARRERA 81 #68b-40

TELÉFONO: 3113584113



FIRMA
C.C 1.070.954.939