Contrato No.	ADRES-CPS- 272-2024		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	Marlyn Gineth Duarte Sanabria		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	Luisa Fernanda Díaz González	**Teléfono / Extensión**	
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 apropiados o reconocidos sin justa causa		
Fecha de Inicio	31/01/2024	**Fecha de Terminación**	30/07/2024

Periodo del Informe de Actividades	**Desde**	01/05/2024	**Hasta**	31/05/2024
Adición y/o Prórroga				
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 y los soportes presentados ante la ADRES por servicios y tecnologías no financiados con la UPC o con los presupuestos máximos, así como por atenciones en salud e indemnizaciones por accidentes de tránsito ocasionados por vehículos sin identificar o sin SOAT, eventos terroristas y	Se realizó la revisión y verificación de las cuentas y de los soportes (auditoria) de la radicación correspondiente al periodo del 1 al 15 y del 16 al 30 de marzo y del 01 al 15 de abril, se emiten las observaciones y glosas correspondientes.	Se adjunta carpeta de obligaciones 1	N/A

	catástrofes de origen natural, conforme los criterios y requisitos previstos en la normativa y manuales vigentes.			
2	Registrar los resultados de las tareas asignadas en las herramientas, sistemas y formatos establecidos de acuerdo con los alcances e instrucciones definidas para el efecto	Se realizó el registro de los resultados de las tareas asignadas en las herramientas, sistemas y en los formatos establecidos de los resultados de auditoria correspondiente de la radicación correspondiente al periodo del 1 al 15 y del 16 al 30 de marzo y del 01 al 15 de abril,	Se adjunta carpeta de obligaciones 2	N/A
3	Cumplir y reportar las metas de productividad y calidad que se fijen por el supervisor del contrato y/o la respectiva Coordinación del Grupo Interno de Verificación y Auditoría de Cuentas en el proceso de la verificación y auditoría de recobros y reclamaciones para dar cumplimiento a los términos establecidos normativamente y/o a los indicados	Se cumplió con las metas de productividad y calidad en el proceso de la realización de la auditoria de las reclamaciones asignadas de personas naturales de la radicación correspondiente al periodo del 1 al 15 y del 16 al 30 de marzo y del 01 al 15 de abril,	Se adjunta carpeta de obligaciones 3	N/A
4	Apoyar en la elaboración de las respuestas de petición, comunicaciones de resultados de auditoría, actos administrativos, insumos, informes, apoyos, bases de datos y demás documentos que se requieran durante el trámite de las cuentas de servicios y tecnologías en salud no financiados con la UPC o con los presupuestos máximos, las reclamaciones de servicios médicos, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito ocasionados por vehículos sin identificar o sin SOAT, eventos terroristas y	Se realizó elaboración y revisión de comunicaciones correspondientes a los paquetes 29019, 29022 y 29027 y se realizan comunicaciones de veracidad	Se adjunta carpeta de obligaciones 4	N/A

	catástrofes de origen natural; así como del procedimiento de reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa que adelanta la dirección.			
5	Participar en las capacitaciones, reuniones, conciliaciones y/o mesas de trabajo programadas.	En el periodo objeto de cuenta de cobro se participó en reunión los días 2 y 8 de mayo	Se adjunta carpeta de obligaciones 5	N/A
6	Informar oportunamente a la Coordinación de Grupo Interno de Verificación y Auditoría de Cuentas los casos que, en su actividad 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 el periodo objeto de cuenta no se realizó esta actividad	N/A	N/A
7	Las demás actividades que se deriven del objeto y naturaleza del contrato que para el efecto le asigne la Dirección de Otras Prestaciones.	se realizó el envío de comunicaciones paquete 29015 y 29022	Se adjunta carpeta de obligaciones 7	N/A

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



Firma del Contratista
Fecha: 04/06/2024

BALANCE ECONÓMICO

Valor Total Contrato (Inicial + Adición)	Valor Pagado	Valor a Pagar	Saldo Liberado	Saldo por Pagar
34.206.396	**17.293.234**	**5.701.066**	**0**	11.212.096

La ADRES cancelará al CONTRATISTA, CINCO MILLONES SETECIENTOS UN MIL SESENTA Y SEIS PESOS M/CTE (5.701.066)

PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL PERSONAS NATURALES
Mes de ejecución contractual

CONCEPTO	PLANILLA No.	VALOR	PERIODO		FECHA DE PAGO
			DESDE	HASTA	
Salud	8377313573	$285.100	1/05/2024	31/05/2024	24/05/2024
Pensión	8377313573	$364.900	1/05/2024	31/05/2024	24/05/2024
ARL	8377313573	$12.000	1/05/2024	31/05/2024	24/05/2024

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	N/A

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:



LUISA FERNANDA DÍAZ GÓNZALEZ
Supervisor (es)/Interventor (es)

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

Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., 04/06/2024

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

CIUDAD: BOGOTA D.C.

FECHA: 04/06/2024

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: MARLYN GINETH DUARTE SANABRIA

IDENTIFICACIÓN: **CC** ☑ **NIT** ☐ **No.** 1.055.314.516

CONTRATO No.: ADRES-CPS-272 de 2024

OBJETO: 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 apropiados o reconocidos sin justa causa

PERIODO COMPRENDIDO DESDE: 01 de mayo de 2024 **HASTA:** 31 de mayo de 2024

LA SUMA DE: CINCO MILLONES SETECIENTOS UN MIL SESENTA Y SEIS PESOS ($ 5.701.066)

POR CONCEPTO DE HONORARIOS

DIRECCIÓN: Calle 3 # 5 34

TELÉFONO: 3217865066



FIRMA
C.C 1.055.314.516 de Tibasosa

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): MARLYN GINETH DUARTE SANABRIA
No. Identificación: CC1055314516
Dirección: CRA 92 #8 C 36
Telefono: 3217865066
Correo: abgmarlyn24@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8377313573

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	MARLYN GINETH DUARTE SANABRIA	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC1055314516	**Periodo de Cotización Salud**	mayo de 2024
Número de planilla	8377313573	**Periodo de Cotización Pensión**	mayo de 2024
Fecha pago	2024-05-24	**Número de Administradoras**	4
Número de autorización pago	85377656	**Total Pagado**	707700
Banco	1023	**Total Intereses de Mora**	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	12000	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	364900	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	45700	1
EPS005	Sanitas EPS	285100	1

8377313573

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1055314516
APELLIDOS Y NOMBRES: MARLYN GINETH DUARTE SANABRIA

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS005	25-14	2280426	2280426	2280426	2280426	285100	0	364900	0	12000	45700

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información