Contrato No.	ADRES-CPS-289-2024		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	Aura Milena Corredor Guevara		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	William Enrique Torres Rodríguez	**Extensión del Supervisor**	601 4322760
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 y/o servicios complementarios, reclamaciones de servicios médicos, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito ocasionados por vehículos sin identificar o sin SOAT o con póliza SOAT a tarifa diferencial por riesgo, 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	2/02/2024	**Fecha de Terminación**	1/08/2024

Periodo del Informe de Actividades	**Desde**	2/02/2024	**Hasta**	1/08/2024
Adición y/o Prórroga	**N/A**			
Suspensión	**N/A**			
Cesión	**N/A**			
Terminación	1/08/2024			

INFORME DE EJECUCIÓN ECONÓMICA Y FINANCIERA

CONCEPTO	VALOR
Valor inicial del Contrato o Convenio	$ 34.206.396
Valor adiciones	$ 0
Valor total incluidas las adiciones	$ 0
Valor pagado o desembolsado al Contratista.	$ 34.016.360
Valor Pendiente por pagar al Contratista	$ 190.036
Valor para reintegrar o reintegrado por parte del Contratista.	$ 0
Valor a liberar	$ 0
Valor liberado	$ 0
Valor total ejecutado	$ 34.206.396

INFORME DE EJECUCIÓN

Para garantizar el cumplimiento del objeto del contrato, según lo pactado, el contratista constituyó garantía única de cumplimiento con la Compañía de Seguros (SEGUROS DEL ESTADO)como sigue:

PÓLIZA No.	AMPAROS	VALORES ASEGURADOS	VIGENCIAS	
			FECHA INICIO	*FECHA FINAL*
11-44-101218014	Cumplimiento del contrato	8.551.599,00	01/02/2024	02/02/2025

Trámites Sancionatorios (Si aplica)

OBLIGACION(ES) INCUMPLIDA(S)	TRÁMITE
N/A	N/A

INFORME DE EJECUCIÓN TÉCNICA

En el evento que la forma de pago se haya pactado por % de ejecución deberá dilgenciar el siguiente cuadro para cada caso:

OBLIGACIÓN	PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	CAUSAS	ACCIONES ADOPTADAS
N/A	N/A	N/A	N/A

Existen obligaciones específicas pos-ejecución (Aquella obligación que se extiende más allá del plazo de ejecución y/o de liquidación):

SI ☐ NO ☒

En caso afirmativo relacionar las obligaciones:

OBLIGACIÓN	FECHA DE CUMPLIMIENTO	FECHA DE VERIFICACIÓN (*)
N/A	N/A	N/A

DESARROLLO DEL CONTRATO O CONVENIO

- El contratista presentó informes de ejecución de las actividades a su cargo, los cuales contaron con el visto bueno del Supervisor(a), de la siguiente manera:

a) Del período comprendido entre el 02 de febrero de 2024 al 29 de febrero de 2024.
b) Del período comprendido entre el 01 de marzo de 2024 al 31 de marzo de 2024.
c) Del período comprendido entre el 01 de abril de 2024 al 30 de abril de 2024.
d) Del período comprendido entre el 01 de mayo de 2024 al 31 de mayo de 2024.
e) Del período comprendido entre el 01 de junio de 2024 al 30 de junio de 2024.
f) Del período comprendido entre el 01 de julio de 2024 al 31 de julio de 2024.
g) Del período comprendido entre el 01 de agosto de 2024 al 01 de agosto de 2024.

VERIFICACIÓN ENTREGA DE DOCUMENTOS, EQUIPOS Y/O ELEMENTOS

Incluir las obligaciones generales de orden administrativo que implican verificación y entrega de documentos, software, bases de datos, tarjetas de ingreso, carnet, elementos y equipos, etc, de conformidad con los requisitos establecidos para el efecto.

OBLIGACIÓN	VERIFICACIÓN	
	Cumple	No Cumple
Tarjeta de acceso	☒	☐

De conformidad con lo anterior, LA SUPERVISIÓN CERTIFICA QUE:

1. El (la) Contratista durante el periodo de ejecución del contrato, desarrolló y cumplió con las obligaciones generales especificaciones, presentó y entregó los productos y/o informes establecidos en el Contrato o Convenio en mención.
2. Entrego los siguientes productos (Aplica en el evento que se hayá pactado por producto relacionar los mismos y fecha de entrega)
3. Verifique la matriz de riesgos del contrato y se estableció, que no se materializo ninguno de los riesgos

OBSERVACIONES	No aplica

En constancia, firmo:

William Enrique Torres Rodríguez
Supervisor (es)/Interventor (es)

Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., 13/08/2024

Contrato No.	ADRES-289-2024		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	Aura Milena Corredor Guevara		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	William Enrique Torres Rodríguez	**Teléfono / Extensión**	601 4322760
Dependencia	Dirección 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 y/o servicios complementarios, reclamaciones de servicios médicos, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito ocasionados por vehículos sin identificar o sin SOAT o con póliza SOAT a tarifa diferencial por riesgo, 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	2/02/2024	**Fecha de Terminación**	1/08/2024

Periodo del Informe de Actividades	**Desde**	1/08/2024	**Hasta**	1/08/2024
Adición y/o Prórroga	N/A			
Suspensión	N/A			
Cesión	N/A			

INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES [i]

			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	Se revisó, se analizó y se verificó soportes de los recobros y reintegros asignados, de acuerdo con los lineamientos dados.	Se adjunta archivos nombrados: En formato PDF: “DUPLICADOS COMPENSAR AJUSTE” “Reporte diario de Producción 31_07_2024 Aura Corredor	N/A

	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, conforme los criterios y requisitos previstos en la normativa y manuales vigentes.		Base de trabajo COMPNESAR 31 DE JULIO” “Reporte diario de Producción 30_07_2024 Aura Corredor BASE DE TRABAJO CAUSAL 10 DOP 29 AL 30 JULIO “ “Reporte diario de Producción 29_07_2024 Aura Corredor BASE DE TRABAJO CAUSAL 10 DOP 29 AL 30 JULIO” “Reporte diario de Producción 26_07_2024 Aura Corredor BASE REINTEGRO COMPENSAR MVP HOJA 9 4 items” “Reporte diario de Producción 25_07_2024 Aura Corredor BASE REINTEGRO COMPENSAR MVP HOJA 9 4 items” En formato EXCEL: “Produccion_Aura Corredor_BASE DE TRABAJO DUPLICADOS COMPENSAR_01-08-2024” “Produccion_Aura Corredor_BASE DE TRABAJO COMPNESAR 31 DE JULIO -31-07-2024” “BASE DE TRABAJO CAUSAL 10 DOP - 29 AL 30 JULIO” “Produccion_Aura Corredor_BASE DE TRABAJO CAUSAL 10 DOP 29 AL 30 JULIO- 30-07-2024” “Reporte diario de Producción 29_07_2024 Aura Corredor BASE DE TRABAJO CAUSAL 10 DOP 29 AL 30 JULIO”	

			"Produccion_Aura Corredor_BASE DE TRABAJO CAUSAL 10 DOP 29 AL 30 JULIO- 29-07-2024" "Produccion_Aura Corredor_BASE DE TRABAJO REINTEGRO COMPENSAR MVP HOJA 9 _ 4 ITEMS 26-07-2024" "BASE REINTEGRO COMPENSAR MVP HOJA 9 4 ITEMS" "Produccion_Aura Corredor_BASE DE TRABAJO REINTEGRO COMPENSAR MVP HOJA 9_4 ITEMS 25-07-2024"	
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 registró los resultados de la validación recobros y reintegros asignados por líder en los formatos establecidos.	Se adjuntan archivos anteriormente nombrados en la sección de Producto y/o Entregables, de la obligación contractual número 1.	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 y se reportó con las metas establecidas de productividad solicitadas por líder.	Se adjuntan archivos anteriormente nombrados en la sección de Producto y/o Entregables, de la obligación contractual número 1.	N/A
4	Apoyar en la elaboración de las	En el periodo objeto de cuenta de cobro no se	N/A	N/A

	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 catástrofes de origen natural; así como del procedimiento de reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa que adelanta la dirección.	ejecutaron actividades relacionas con esta obligación.		
5	Participar en las capacitaciones, reuniones, conciliaciones y/o mesas de trabajo programadas.	Se participó activamente en las siguientes capacitaciones y reuniones: 1 de agosto 2024 -Actividad con director de la DOP. -Validación duplicados compensar. 30 de julio 2024 -Conciliación Guainía.	Se adjunta archivo del pantallazo de calendario: “ACTIVIDAD CON DIRECTOR DE LA DOP 01_08_2024” “VALIDACIÓN DUPLICADOS COMPENSAR 01_08_2024” “Conciliación guania 30_07_2024”	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 de cobro no se ejecutaron actividades relacionas con esta obligación.	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.	En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionas con esta obligación.	N/A	N/A

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



Firma del Contratista
Fecha: 13/08/2024

BALANCE ECONÓMICO

Valor Total Contrato (Inicial + Adición)	Valor Pagado	Valor a Pagar	Saldo Liberado	Saldo por Pagar
COP $ 34.206.396	COP $ 34.016.360	COP $ 190.036	0	0

La ADRES cancelará al CONTRATISTA, la suma de CIENTO NOVENTA MIL TREINTA Y SEIS pesos m/cte. ($190.036).

PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL PERSONAS NATURALES Mes de ejecución contractual					
CONCEPTO	PLANILLA No.	VALOR	PERIODO		FECHA DE PAGO
			DESDE	HASTA	
Salud	79409862	285.100	01/08/2024	31/08/2024	12/08/2024
Pensión	79409862	364.900	01/08/2024	31/08/2024	12/08/2024
ARL	79409862	12.000	01/08/2024	31/08/2024	12/08/2024

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: N/A

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:



William Enrique Torres Rodríguez
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., 13/08/2024

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

CIUDAD: Bogotá

FECHA: 13/08/2024

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: Aura Milena Corredor Guevara

IDENTIFICACIÓN: **CC** ☑ **NIT** ☐ **No.** 1.013.657.275

CONTRATO No.:

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 y/o servicios complementarios, reclamaciones de servicios médicos, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito ocasionados por vehículos sin identificar o sin SOAT o con póliza SOAT a tarifa diferencial por riesgo, 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: 1/08/2024 **HASTA:** 1/08/2024

LA SUMA DE: CIENTO NOVENTA MIL TREINTA Y SEIS pesos m/cte. ($190.036)

POR CONCEPTO DE HONORARIOS

DIRECCIÓN: Calle 36F Sur # 3a -06

TELÉFONO: 3142810148



FIRMA
C.C. 1013657275 de Bogotá D.C.

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1013657275	AURA MILENA CORREDOR GUEVARA	calle 36F sur # 3a-06	6010000	auriscorredor2095@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-08	2024-08	I	12/08/2024	79409862	$707.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	285.100	0		0		0	0	0	0	285.100	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	364.900	0	0	0	0	0	0		364.900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	12.000				12.000	0	0	12.000			120	12.000	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	45.700	0	0	45.700	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	285.100	285.100
Pensión	1	364.900	364.900
Riesgos Laborales	1	12.000	12.000
CCF	1	45.700	45.700
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	707.700	707.700

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1013657275	AURA MILENA CORREDOR GUEVARA	calle 36F sur # 3a-06	6010000	auriscorredor2095@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-08	2024-08	I	12/08/2024	79409862	$707.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																				PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1013657275	CORREDOR GUEVARA AURA MILENA	57	0			N																	25-14	2.280.426	364.900	0	0	0	0	EPS017	2.280.426	285.100	14-11	2.280.426	1	12.000	CCF24	2.280.426	45.700	0	0	0	0	0

PAGADA

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