Contrato No.	**ADRES-CPS-274-2024**		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	WILLIAM ALBERTO MENDOZA SANDOVAL		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	William Enrique Torres Rodríguez	**Teléfono / Extensión**	1853
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	31/01/2024	**Fecha de Terminación**	29/07/2024

Periodo del Informe de Actividades	**Desde**	1/07/2024	**Hasta**	29/07/2024
Adición y/o Prórroga	N/A			
Suspensión	N/A			
Cesión	N/A			

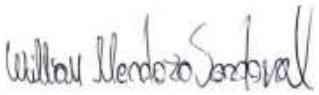
INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES [i]

	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 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 catástrofes de origen natural, conforme los criterios y	Se efectuó revisión y auditoria de 113 reclamaciones por indemnización de muerte y gastos funerarios, e incapacidades permanentes, por accidente de tránsito, por catástrofes naturales, eventos terroristas, tal y como se evidencia en el archivo denominado: "**Reclamaciones auditadas Julio".**	Se anexa relación de radicados auditados con fecha el cual se denomina: "**Reclamaciones auditadas julio".**	**N/A**

	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 registraron los resultados de auditoría de 113 reclamaciones, en los formatos y/o matrices establecidas para la auditoria de indemnización por muerte, gastos funerarios e incapacidades permanentes. “**Reclamaciones auditadas julio”.**	Para tal efecto se anexa, archivo: “**Reclamaciones auditadas julio”.**	**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 cumplieron y reportaron las metas de productividad y calidad en el proceso de auditoría de reclamaciones, legibilidad y revisión de calidad interna según asignación de sublíder y líder del área de reclamaciones de personas naturales	Para tal efecto se anexa, archivo: “**Reclamaciones auditadas julio”.**	**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 catástrofes de origen natural; así como del procedimiento de reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa que adelanta la dirección.	Durante el periodo se desarrollaron los siguientes procedimientos en auditoria de indemnización de personas naturales: - Legibilidad 113 reclamaciones - Auditoria113 reclamaciones - Comunicación de resultados 80 reclamaciones	Para tal efecto se anexa, archivo: “**Reclamaciones auditadas julio”.** **“Matriz de auditoria julio”**	**N/A**

5	Participar en las capacitaciones, reuniones, conciliaciones y/o mesas de trabajo programadas.	Durante este periodo no se desarrollaron este tipo de actividades.	**N/A**	**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.	Durante este periodo no se desarrollaron este tipo de actividades.	**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.	Durante este periodo no se desarrollaron este tipo de actividades.	**N/A**	**N/A**

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



Firma del Contratista
Fecha: 01/08/2024

BALANCE ECONÓMICO

Valor Total Contrato (Inicial + Adición)	Valor Pagado	Valor a Pagar	Saldo Liberado	Saldo por Pagar
$ 34.206.396	$ 28.695.366	$ 5.511.030	$ 0	$ 0

La ADRES cancelará al CONTRATISTA, la suma de **CINCO MILLONES QUINIENTOS ONCE MIL TREINTA PESOS** ($ 5.511.030) M/CTE

PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL PERSONAS NATURALES Mes de ejecución contractual					
CONCEPTO	**PLANILLA No.**	**VALOR**	**PERIODO**		**FECHA DE PAGO**
			DESDE	**HASTA**	

Salud	9470551390	$266,800	01/07/2024	29/07/2024	26/07/2024
Pensión	9470551390	$341,500	01/07/2024	29/07/2024	26/07/2024
ARL	9470551390	$11,200	01/07/2024	29/07/2024	26/07/2024

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 este 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 efectué la aprobación respectiva en la plataforma de SECOP II.
Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., 01/08/2024

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

ADRES	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO	GCON-FR02
	FORMATO	INFORME DE CUMPLIMIENTO Y PAGO FINAL.	VERSIÓN	03
			FECHA	10/05/2021

Contrato No.	**ADRES-CPS-274-2024**		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	WILLIAM ALBERTO MENDOZA SANDOVAL		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	William Enrique Torres Rodríguez	**Extensión del Supervisor**	William Enrique Torres Rodríguez
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	31/01/2024	**Fecha de Terminación**	29/07/2024

Periodo del Informe de Actividades	**Desde**	31/01/2024	**Hasta**	29/07/2024
Adición y/o Prórroga	N/A			
Suspensión	N/A			
Cesión	N/A			
Terminación	N/A			

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	$ 34.206.396
Valor pagado o desembolsado al Contratista.	$ 28.695.366
Valor Pendiente por pagar al Contratista	$ 5.511.030
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 (Nombre de la aseguradora)como sigue:

PÓLIZA No.	AMPAROS	VALORES ASEGURADOS	VIGENCIAS	
			FECHA INICIO	*FECHA FINAL*
11-46-101046138	Cumplimiento	$ 8.551.599	29/01/2024	05/02/2025

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

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., 01/08/2024

CIUDAD: Bogotá , D.C.

FECHA: 1/08/2024

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: WILLIAM ALBERTO MENDOZA SANDOVAL

IDENTIFICACIÓN: **CC** ☐ **NIT** ☑ **No.** 1.030.600.227

CONTRATO No.: CPS 274_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 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: 1/07/2024 **HASTA:** 29/07/2024

LA SUMA DE: CINCO MILLONES QUINIENTOS ONCE MIL TREINTA PESOS M/CTE ($ 5.511.030)

POR CONCEPTO DE HONORARIOS

DIRECCIÓN: TRANSVERSAL 73 N° 11B-33

TELÉFONO: 3202064873



FIRMA
C.C 1.030.600.227

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 1030600227		MENDOZA SANDOVAL WILLIAM ALBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TRANV 73 # 11 B - 33 CASA 96	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4242732	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-06	2024-06	790155866	9468897833	I	2024/07/08	2024/07/22	BANCO CAJA SOCIAL	14	$671,200

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)					$2,287,326	$366,000			$2,287,326	$286,000			$0	$0			$2,287,326	$12,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,287,326	$366,000			$2,287,326	$286,000			$0	$0			$2,287,326	$12,000		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$2,287,326	$366,000			$2,287,326	$286,000			$0	$0			$2,287,326	$12,000		$0	$0
1	CC	1030600227 MENDOZA WILLIAM	230301	30	$2,287,326	$366,000	EPS005	30	$2,287,326	$286,000		0	$0	$0	14-23	30	$2,287,326	$12,000	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$2,287,326	$366,000			$2,287,326	$286,000			$0	$0			$2,287,326	$12,000		$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 1030600227		MENDOZA SANDOVAL WILLIAM ALBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TRANV 73 # 11 B - 33 CASA 96	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4242732	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-06	2024-06	790155866	9468897833	I	2024/07/08	2024/07/22	BANCO CAJA SOCIAL	14	$671,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$366,000	$3,900	$0	$369,900
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$366,000	$3,900	$0	$369,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$12,000	$200	$0	$12,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$12,000	$200	$0	$12,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$286,000	$3,100	$0	$289,100
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$286,000	$3,100	$0	$289,100
TOTAL				**1**	**$664,000**	**$7,200**	**$0**	**$671,200**

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 1030600227		MENDOZA SANDOVAL WILLIAM ALBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TRANV 73 # 11 B - 33 CASA 96	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4242732	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-07	2024-07	801907749	9470551390	I	2024/08/08	2024/07/26	BANCO DAVIVIENDA	0	$619,500

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)					$2,133,756	$341,500			$2,133,756	$266,800			$0	$0			$2,133,756	$11,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,133,756	$341,500			$2,133,756	$266,800			$0	$0			$2,133,756	$11,200		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$2,133,756	$341,500			$2,133,756	$266,800			$0	$0			$2,133,756	$11,200		$0	$0
1	CC	1030600227 MENDOZA WILLIAM	230301	29	$2,133,756	$341,500	EPS005	29	$2,133,756	$266,800		0	$0	$0	14-23	29	$2,133,756	$11,200	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$2,133,756	$341,500			$2,133,756	$266,800			$0	$0			$2,133,756	$11,200		$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 1030600227		MENDOZA SANDOVAL WILLIAM ALBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TRANV 73 # 11 B - 33 CASA 96	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4242732	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-07	2024-07	801907749	9470551390	I	2024/08/08	2024/07/26	BANCO DAVIVIENDA	0	$619,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$341,500	$0	$0	$341,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$341,500	$0	$0	$341,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$11,200	$0	$0	$11,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$11,200	$0	$0	$11,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$266,800	$0	$0	$266,800
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$266,800	$0	$0	$266,800
TOTAL				**1**	**$619,500**	**$0**	**$0**	**$619,500**