ADRES ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO	GCON-FR02
	FORMATO	INFORME DE CUMPLIMIENTO Y PAGO FINAL.	VERSIÓN	02
			FECHA	

ADRES-CPS-154-2020	ADRES-CPS-154-2020		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	**DEISY LILIANA VELÁSQUEZ ALARCÓN**		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	WILSON R VELÁSQUEZ CASTAÑEDA	**Ext**	4322760 EXT 1850
Dependencia	Dirección de Otras Prestaciones		
Objeto del Contrato	Prestar servicios profesionales a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES, en las actividades relacionadas con el análisis de información y verificación de soportes de las reclamaciones por eventos catastróficos de origen natural, terroristas y accidentes de tránsito y de las solicitudes de recobros por tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios de acuerdo con las resoluciones No. 2966 de 2019 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social y No. 41656 de 2019 expedida por la ADRES y las que las modifiquen o sustituyan, así como apoyar a la dirección en las actividades que se deriven del proceso de Reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa, alistamiento de la información para pre-cierre y cierre de los paquetes.		
Fecha de Inicio	24/03/2020	**Fecha de terminación**	1/06/2020

Periodo del Informe de Actividades	**Desde**	24/03/2020	**Hasta**	1/06/2020
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	18.253.276
Valor adiciones	0
Valor total incluidas las adiciones	18.253.276
Valor pagado o desembolsado al Contratista.	10.191.412
Valor Pendiente por pagar al Contratista	152.111
Valor para reintegrar o reintegrado por parte del Contratista.	0
Valor a liberar	7.909.753
Valor liberado	0
Valor total ejecutado	10.343.523

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 del Estado como sigue:

PÓLIZA No.	AMPAROS	VALORES ASEGURADOS	VIGENCIAS	
			FECHA INICIO	*FECHA FINAL*
12-46-101036354	Cumplimiento del Contrato	$ 4.563.319.00	24/03/2020	23/01/2021
	Calidad del Servicio	N/A.	N/A.	N/A.

Trámites Sancionatorios (Si aplica)

OBLIGACION(ES) INCUMPLIDA(S)	TRÁMITE
-	-

OBLIGACIONES POST – EJECUCIÓN (Si aplica)

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 (*)

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) Informe de cumplimiento de actividades del periodo 24 de marzo del 2020 al 31 de marzo del 2020.
b) Informe de cumplimiento de actividades del perioro 01 de abril del 2020 al 30 de abril del 2020.
c) Informe de cumplimiento de actividades del periodo 01 de mayo del 2020 al 31 de mayo del 2020.
d) Informe de cumplimiento de actividades del periodo 01 de junio del 2020 al 01 de junio del 2020.

VERIFICACIÓN ENTREGA DE DOCUMENTOS, EQUIPOS Y/O ELEMENTOS

El contratista se obliga a entregar los documentos, aplicativos, bases de datos, tarjetas de ingreso, carnet, elementos y equipos, etc, de conformidad con los requisitos establecidos para el efecto.

DOCUMENTOS, EQUIPOS, ELEMENTOS Y/O APLICATIVOS	VERIFICACIÓN	
	Cumple	No Cumple
• N/A	☒	☐

De conformidad con lo anterior, EL SUPERVISOR (A) CERTIFICA QUE:

1. La Contratista durante el periodo de ejecución del contrato, desarrolló y cumplió con las obligaciones generales y 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).

OBSERVACIONES	No aplica
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; cuando aplique, o Certificación del cumplimiento de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral en Salud y Pensiones y/o Aportes Parafiscales; cuando aplique.* Último mes de ejecución contractual 2. Cuenta de cobro o factura, según el Régimen (Simplificado o Común). 3. I**NFORME DE CUMPLIMIENTO DE AVANCE DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y PAGO.***Último mes de ejecución contractual
En constancia, firmo: **Wilson R Velásquez Castañeda** **Supervisor o interventor**	
Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., 09/06/2020	

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 1023873742		VELASQUEZ ALARCON DEISY LILIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DIAG 32B # 4 - 42 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3625704	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-05	2020-05	639750527	9406600584	I	2020/06/09	2020/06/01	BANCO DE OCCIDENTE	0	$292,600

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)					$1,825,328	$54,800			$1,825,328	$228,200			$0	$0			$1,825,328	$9,600		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,825,328	$54,800			$1,825,328	$228,200			$0	$0			$1,825,328	$9,600		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,825,328	$54,800			$1,825,328	$228,200			$0	$0			$1,825,328	$9,600		$0	$0
1	CC	1023873742	VELASQUEZ DEISY	230301	30	$1,825,328	$54,800	EPS010	30	$1,825,328	$228,200		0	$0	$0	14-23	30	$1,825,328	$9,600	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,825,328	$54,800			$1,825,328	$228,200			$0	$0			$1,825,328	$9,600		$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 1023873742		VELASQUEZ ALARCON DEISY LILIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DIAG 32B # 4 - 42 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3625704	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-05	2020-05	639750527	9406600584	I	2020/06/09	2020/06/01	BANCO DE OCCIDENTE	0	$292,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$54,800	$0	$0	$54,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$54,800	$0	$0	$54,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,600	$0	$0	$9,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,600	$0	$0	$9,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$228,200	$0	$0	$228,200
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$228,200	$0	$0	$228,200
TOTAL				**1**	**$292,600**	**$0**	**$0**	**$292,600**