

CIUDAD: Bogota D.C.

FECHA: 31/12/2024

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: Leidy Lucero Ruiz Camacho

IDENTIFICACIÓN: **CC** ☒ **NIT** ☐ **No.** 52960060 de Bogota

CONTRATO No.: ADRES-CPS-330 de 2024

OBJETO: Prestar servicios a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES, en las actividades relacionadas con la pre-radciación y radicación de las reclamaciones de servicios médicos, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito ocasionados por vehículos sin identificaro sin SOAT, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social.

PERIODO COMPRENDIDO DESDE: 1/12/2024 **HASTA:** 31/12/2024

LA SUMA DE: Cinco millones doscientos veinticuatro mil cuatrocientos cuarenta y ocho pesos M/C (\$5.224.448)

POR CONCEPTO DE HONORARIOS

DIRECCIÓN: Calle 2 # 93D -30 Int 4 Atpo 304

TELÉFONO: 3123400105

Leidy Lucero Ruiz Camacho
52.960.060 Bogotá

FIRMA
C.C 52,960,060 De Bogotá

	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO	GCON-FR01
	FORMATO	INFORME DE CUMPLIMIENTO DE AVANCES DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y PAGO	VERSIÓN	03
			FECHA	10/05/2021

Contrato No.	ADRES -CPS-330-2024		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	LEIDY LUCERO RUIZ CAMACHO		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	LEIDY JANNETH LUIS CUERVO	Teléfono / Extensión	1869
Dependencia	Dirección de Otras Prestaciones		
Objeto del Contrato	Prestar servicios a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES, en las actividades relacionadas con la pre- radicación y radicación 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.		
Fecha de Inicio	05/02/2024	Fecha de Terminación	31/12/2024

Periodo del Informe de Actividades	Desde	01/12/2024	Hasta	31/12/2024
Adición y/o Prórroga	CDP 583 del 15/08/2024/ N° RP 17105 del 15/08/2024 VALOR DE 20.897.792 Hasta el 31 de diciembre de 2024			
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	Adelantar las actividades relacionadas con el acompañamiento técnico de la pre- radicación y radicación de las reclamaciones presentadas por concepto de servicios de salud, indemnizaciones y otros gastos con ocasión de los eventos descritos en el artículo 167 de la Ley 100 de 1993.	Durante el periodo adelanté todas las actividades asignadas, relacionadas con el procedimiento de radicación de reclamaciones de personas naturales de noventa y uno (91) reclamaciones.	Se anexa archivo nombrado Obligación 1 (Excel- Radicación)	N/A
2	Realizar la verificación documental y de diligenciamiento del formulario presentados en las reclamaciones por concepto de servicios de salud, indemnizaciones y otros gastos con ocasión de los eventos	Durante el periodo de este informe, se realizó la verificación documental y diligenciamiento del FURPEN. Lo anterior, teniendo en cuenta que fueron validadas por el grupo de Atención al Ciudadano, (117).,	Se anexa archivo nombrado Obligación 2 (Excel- Validación documental)	N/A

	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO	GCON-FR01
	FORMATO	INFORME DE CUMPLIMIENTO DE AVANCES DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y PAGO	VERSIÓN	03
			FECHA	10/05/2021

	descritos en el artículo 167 de la Ley 100 de 1993.			
3	Proyectar las comunicaciones o respuestas que se requieran emitir durante el trámite de las reclamaciones que son presentadas por concepto de servicios de salud, indemnizaciones y otros gastos con ocasión de los eventos descritos en el artículo 167 de Ley 100 de 1993.	Durante el periodo de este informe se realizó la proyección de comunicaciones de sesenta y cinco (42) reclamaciones de constancia de radicación, y/o devolución de documentos radicación.	Se anexa archivo nombrado Obligación 3 (Excel- Comunicaciones)	N/A
4	Gestionar el insumo para la entrega de las reclamaciones radicadas al operador de custodia documental o a los reclamantes cuando proceda.	Durante el periodo adelanté todas las actividades asignadas, relacionadas con el procedimiento captura de noventa y uno (91) reclamaciones.	Se anexa archivo nombrado Obligación 4 (Excel- Captura)	N/A
5	Apoyar o gestionar la respuesta a los requerimientos tecnológicos o incidencias que sean reportadas por los reclamantes o que requieran durante el trámite de las reclamaciones y hacer el respectivo seguimiento que permita retroalimentar a los reclamantes, cuando realizar la verificación de las imágenes cargadas en el proceso de radicación de reclamaciones presentadas por concepto de servicios de salud, indemnizaciones y otros gastos con ocasión de los eventos descritos en el artículo 167 de la Ley 100 de 1993.	Durante el periodo no sea realizado esta actividad.	N/A	N/A
6	Participar o apoyar en las capacitaciones que se desarrollen durante el proceso de radicación de reclamaciones presentadas por concepto de servicios de salud, indemnizaciones y otros gastos con ocasión de los eventos descritos en el artículo 167 de la Ley 100 de 1993.	Durante el periodo se realizaron reuniones esta actividad.	Se anexa archivo nombrado Reuniones	N/A
7	Las demás actividades que se deriven del objeto y naturaleza del contrato que para efecto le asigne el supervisor del contrato.	-Se realizó el envío de las comunicaciones a través de las planillas: * GDOC-FR08_PlanillaControl de Correspondencia 03-12-2024 * GDOC-FR08_PlanillaControl de Correspondencia 04-12-2024	Se anexa archivo nombrado Envíos	N/A

	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO	GCON-FR01
	FORMATO	INFORME DE CUMPLIMIENTO DE AVANCES DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y PAGO	VERSIÓN	03
			FECHA	10/05/2021

--	--	--	--	--

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

Ledy Lucía Ruiz Camacho
521960.060 Bogotá

Firma del Contratista

Fecha: 31/12/2024

BALANCE ECONÓMICO

Valor Total Contrato (Inicial + Prórroga)	Valor Pagado	Valor a Pagar	Saldo Liberado	Saldo por Pagar
\$ 62.693.376	\$ 51.547.887	\$ 5.224.448	0	\$ 5.921.041

La ADRES cancelará al CONTRATISTA, la suma de Cinco millones doscientos veinticuatro mil cuatrocientos cuarenta y ocho pesos **M/C (\$5.224.448)**

Se anexa archivo nombrado Obligación 6 (Excel -Comunicaciones PN)

PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL PERSONAS NATURALES

Mes de ejecución contractual

CONCEPTO	PLANILLA No.	VALOR	PERIODO		FECHA DE PAGO
			DESDE	HASTA	
Salud	1068805656	261.300	1/12/2024	31/12/2024	12/12/2024
Pensión	1068805656	334.400	1/12/2024	31/12/2024	12/12/2024
ARL	1068805656	11.000	1/12/2024	31/12/2024	12/12/2024

El Contratista tiene otros Contratos de Prestación de Servicios:

	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO	GCON-FR01
	FORMATO	INFORME DE CUMPLIMIENTO DE AVANCES DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y PAGO	VERSIÓN	03
			FECHA	10/05/2021

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.

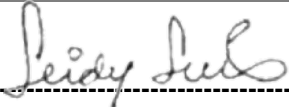
INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN

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

	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO	GCON-FR01
	FORMATO	INFORME DE CUMPLIMIENTO DE AVANCES DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y PAGO	VERSIÓN	03
			FECHA	10/05/2021

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:  LEIDY JANNETH LUIS CUERVO Supervisor o interventor En constancia, el presente documento se entiende aprobado por las partes una vez el usuario supervisor del contrato efectuó la aprobación respectiva en la plataforma de SECOP II. Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., 31/12/2024	

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



Fecha limite de pago: 2025-01-16

I DATOS DEL APORTANTE

IMPORTANTE: SEÑOR APORTANTE, POR FAVOR VERIFIQUE LA LIQUIDACIÓN ANTES DE REALIZAR EL PAGO. Simple S.A., da por entendido que, de realizar el pago con esta planilla, usted está de acuerdo con la información consignada, en consecuencia, la atención de cualquier inconsistencia con las administradoras es su responsabilidad. Recuerde realizar el pago de sus aportes al Sistema General de Seguridad Social dentro de la fecha establecida y evite posibles inconvenientes en la prestación de los servicios con sus administradoras. Por favor tenga en cuenta que los pagos realizados después de las 3.00 p.m., se harán efectivos el siguiente día hábil.

II. DETALLE DEL APORTANTE										Total																				
Datos del Afiliado				Novedades				Pensiones		Salud		Riesgos		Cajas		Parafiscales		Total												
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	INQ	TRE	TDE	TOT	VAC	LMA	IGE	IDE	LA	COP	Administradora	IBC Pension	Aporte Pension	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Administradora	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CO 52980000	RUIZ CAMACHO LEIDY	59	00												\$ 2.080.000	\$ 334.400	FAMISANAR EPS	\$ 2.080.000	\$ 261.300	POSITIVA DE SEGUROS	\$ 2.080.000	\$ 11.000	NINGUNA	CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 606.700

III. TOTALES										TOTAL FINAL						
IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes FSP	Aportes FSS	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos ARP	Subtotal Sin Intereses de	Total Intereses
															\$ 606.700	\$ 0

10

Mibanco - Corresponsables AKI - Supermercados Comfandi - Almacenes Grupo Éxito



4157709998485884(8070\8827711411(3900\0000000(96)20991231

8888271141100000991231

MEDIOS DE PAGO PRESENCIALES Correspondenales: Punto de pago - Punto Red - AKI (MiBanco) - MOViiRED / Centro de Servicios: Cafam Suba / Supermercados: Tiendas Cencosud (Jumbo, Metro y Spid) -

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146689 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.





**Puntored no te cobra por esta
transacción Puntored Corresponsal
Bancario Scotiabank Colpatria**

TRANSACCIÓN EXITOSA

Fecha	12/12/2024
Hora	08:31:17
Terminal	369835
Convenio	PILA PLANILLA ASISTIDA SIMPLE
Cod. Convenio	0408
Referencia	8822711411
Valor	\$606,700
Transacción	001062627200
Usuario	LEIDY DIDIANA MORANTES MU?OZ

**Línea de atención personalizada en
Bogotá:
3487881 Resto del País: 01 8000 960
505**

**Aquí también puede pagar su tarjeta
de
credito y credits de consumo del
Banco
Scotiabank Colpatria**

**BANCO SCOTIABANK COLPATRIA VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE
COLOMBIA**

**El usuario autoriza a CONEXRED SAS
(PUNTORED) para el tratamiento de
los datos proporcionados para el
envío de soportes electrónicos de
las transacciones que realice en el
punto, cuando ello sea requerido o
solicitado por el Usuario, así mismo
para realizar estudios de consumo y
analítica de datos a través de los
cuales PUNTORED pueda ampliar la
oferta financiera, comercial y de
servicios que le proporciona, para
lo cual podrá contactarlo y
adelantar campañas comerciales. Para
conocer sus derechos, consulte la
Política de Tratamiento disponible
en www.puntored.co los cuales podrá
ejercer a través del correo
servicioal.cliente@puntored.co**

PAGADO 12/12/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LEIDY LUCERO RUIZ CAMACHO		
Documento	CC52960060	Dirección	CL 2 #93 D - 30 IN 4 AP 304
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3123400105
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades														Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total								
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TAE	TDE	TDP	TAP	USP	COR	USI	IGE	UMA	VAC	VAP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días AFP	Días EPS	Días AFP	Días EPS	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 52960060	LEIDY LUCERO RUIZ CAMACHO	59	00																	0	30	30	30	0		(25-14) COLPENSIONES	\$ 2.090.000	\$ 334.400	(EPS017) FAMISANAR EPS	\$ 2.090.000	\$ 261.300	0,522	\$ 2.090.000	\$ 11.000	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 606.700

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 2.090.000	\$ 2.090.000	\$ 2.090.000	\$ 0	\$ 334.400	\$ 261.300	\$ 11.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 606.700	\$ 0	\$ 606.700

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Página 1 de 1

¡El Poder de lo SIMPLE!



**CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2024**

Bogotá D.C., 31 de diciembre de 2024

Nombres y Apellidos	No. Identificación
Leidy Lucero Ruiz Camacho	52.960.060

Que para los efectos que sean pertinentes, me permito aportar la siguiente información personal:

Responsable de IVA: SI ☐ NO ☒

Régimen Simple: SI ☐ NO ☒

Código Actividad Económica 8299 Tarifa ICA 9,66

Contrato de Prestación de Servicios Número: No. ADRES-CPS-330-2024

Fecha de Inicio: 5/02/2024 Fecha de Terminación: 31/12/2024

Valor total del Contrato: \$62.693.376 Prórroga: SI ☒ NO ☐

Valor por concepto de Honorarios 2024: \$ 5.224.448

1. Declaro bajo gravedad de juramento que al terminar el año 2024 SI ☐ NO ☒ tomaré costos o deducciones asociadas a rentas de trabajo..

En caso de responder si a la opción anterior no diligenciar los puntos 2 en adelante.

2. Declaro bajo gravedad de juramento 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 por el artículo 387 del Estatuto Tributario, para lo cual adjunto documentación que así lo certifica:

TIPO DE DOCUMENTO	No. DE DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	CALIDAD DEPENDIENTE (*)
TI.	1023375030	Andrés Ricardo Benavides Ruiz	Hijo

(*) CALIDAD DEPENDIENTES

- a) Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad.
- 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.



**CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2024**

- c) Los hijos del contribuyente mayores de dieciocho (18) años que se encuentren en situación de dependencia, originada en factores físicos o psicológicos que sean 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 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.

- 3. Igualmente, con mi firma declaro: que mi cónyuge Fabio Alejandro Benavides Forero identificado (a) con la C.C. No. 80.037.433 de Bogotá, D.C, 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, Obligacion _____ de _____, según certificación del año gravable 2023; 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 artículo 387 del estatuto tributario nacional, párrafo 1, hasta 100 uvt mensuales.
- 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, y además disposiciones legales vigentes.
- 6. Declaro que mensualmente consigno a pensiones voluntarias _____ la suma de (\$) _____, 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, 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 prepagada, servicios complementarios de salud, la suma de (\$), (anexo certificación del año inmediatamente anterior) que no supera las 16 UVT mensuales



**CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2024**

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:

Lidy Luvira Ruiz Carrasquilla
52.960.060 Bogotá

Cédula de ciudadanía No. 52.960.060 de Bogotá
Bogotá D.C., 31 de diciembre de 2024

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.023.375.030

BENAVIDES RUIZ

APELLIDOS

ANDRES RICARDO

NOMBRES

Andrés Ricardo

Benavides Ruiz



NO CE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

04-MAR-2007

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

04-MAR-2025

FECHA DE VENCIMIENTO

A+

M

G S RH

SEXO

18-JUN-2014 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P-1509150-C0647848-M-1023375030-20141127

0041425717A 1

42221368

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

Contrato No.	ADRES-CPS-330-2024		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	LEIDY LUCERO RUÍZ CAMACHO		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	LEIDY JANNETH LUIS CUERVO	Extensión del Supervisor	1869
Dependencia	DIRECCIÓN DE OTRAS PRESTACIONES		
Objeto del Contrato	Prestar servicios a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES, en las actividades relacionadas con la pre- radicación y radicación 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.		
Fecha de Inicio	5/02/2024	Fecha de Terminación	31/12/2024

Periodo del Informe de Actividades	Desde	5/02/2024	Hasta	31/12/2024
Adición y/o Prórroga	N° RP 17105 del 15/08/2024 VALOR DE 20.897.792Hasta el 31 de diciembre de 2024			
Suspensión	N/A			
Cesión	N/A			
Terminación	31/12/2024			

INFORME DE EJECUCIÓN ECONÓMICA Y FINANCIERA

CONCEPTO	VALOR
Valor inicial del Contrato o Convenio	\$ 41.795.584
Valor adiciones	\$ 20.897.792
Valor total incluidas las adiciones	\$ 62.693.376
Valor pagado o desembolsado al Contratista.	\$ 51.547.887
Valor Pendiente por pagar al Contratista	\$5.224.448
Valor para reintegrar o reintegrado por parte del Contratista.	0
Valor a liberar	\$ 5.921.041
Valor liberado	0
Valor total ejecutado	\$ 56.772.335

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 S.A)como sigue:

PÓLIZA No.	AMPAROS	VALORES ASEGURADOS	VIGENCIAS	
			FECHA INICIO	FECHA FINAL
14-44-101202942	CUMPLIMIENTO CONTRATO	\$15.673.344	01/02/2024	10/03/2025
14-44-101202942	CUMPLIMIENTO CONTRATO	\$10.448.896	01/02/2024	10/07/2025

Trámites Sancionatorios (Si aplica)

OBLIGACION(ES) INCUMPLIDA(S)	TRÁMITE
-	-

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

INFORME DE EJECUCIÓN TÉCNICA

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

OBLIGACIÓN	PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	CAUSAS	ACCIONES ADOPTADAS

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) Del período comprendido entre el 05/02/2024 al 29/02/2024
 - b) Del período comprendido entre el 01/03/2024 al 31/03/2024
 - c) Del período comprendido entre el 01/04/2024 al 30/04/2024
 - d) Del período comprendido entre el 01/05/2024 al 31/05/2024
 - e) Del período comprendido entre el 01/06/2024 al 30/06/2024
 - f) Del período comprendido entre el 01/07/2024 al 31/07/2024
 - g) Del período comprendido entre el 01/08/2024 al 31/08/2024
 - h) Del período comprendido entre el 01/09/2024 al 30/09/2024
 - i) Del período comprendido entre el 01/10/2024 al 31/10/2024
 - j) Del período comprendido entre el 01/11/2024 al 30/11/2024
 - k) Del período comprendido entre el 01/12/2024 al 31/12/2024

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.

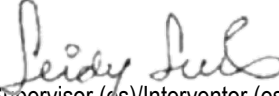
OBLIGACIÓN	VERIFICACIÓN	
	Cumple	No Cumple
TARJETA DE ACCESO	☒	☐

De conformidad con lo anterior, LA SUPERVISIÓN CERTIFICA QUE:

- 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.
- Entrego los siguientes productos (Aplica en el evento que se haya pactado por producto relacionar los mismos y fecha de entrega)
- Verifique la matriz de riesgos del contrato y se estableció, que no se materializo ninguno de los riesgos

OBSERVACIONES No aplica

En constancia, firmo:


Supervisor (es)/Interventor (es)

Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., 31/12/2024