

	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.	027 de 2024		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	Angélica María Simancas Robles		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	Luz Marina Reyes Zambrano	Teléfono / Extensión	432 27 60 Ext. 1036
Dependencia	Oficina Asesora Jurídica		
Objeto del Contrato	“Prestar servicios profesionales para adelantar las actuaciones administrativas y operativas del proceso de Gestión de cobro, encaminadas al recaudo de las acreencias por todo concepto a favor de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES.”		
Fecha de Inicio	17/01/2024	Fecha de Terminación	31/12/2024

Periodo del Informe de Actividades	Desde	1/12/2024	Hasta	31/12/2024
Adición y/o Prórroga	RP No. 16937 del 02/08/2024. Adición por valor de \$33.150.184 y prórroga hasta el 31/12/2024.			
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	Apoyar en la elaboración de los documentos y actos administrativos que se requieran para adelantar el proceso de cobro coactivo de las sumas que le adeuden a la Entidad, por todo concepto, cumpliendo con el reparto asignado.	Durante este periodo, no se elaboraron actos administrativos y/o documentos para adelantar el cobro efectivo de las sumas que le adeudan a la Entidad.	N/A	N/A
2	Apoyar al Grupo de Cobro Coactivo en resolver las excepciones, objeciones, peticiones y recursos de reposición que se puedan presentar dentro del proceso	Durante este periodo se resolvieron derechos de petición, excepciones, resoluciones de aplicación de títulos, acuerdos de pago, levantamiento de	Respuesta a derechos de petición, excepciones, resoluciones de aplicación de títulos, acuerdos de pago, levantamiento de medidas y de	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

	que se adelanta, sustentándolos conforme a las normas sustantivas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud, las que regulan el proceso de cobro persuasivo y coactivo y las normas procedimentales.	medidas, de terminación del proceso de cobro.	terminación del proceso de cobro.	
3	Suministrar información para mantener actualizado el registro y gestión en la base de datos del Grupo de Cobro Coactivo de las actuaciones adelantadas dentro del proceso de Cobro Coactivo.	Durante este periodo se suministró información referente a las respuestas a derechos de petición asignados, excepciones, resoluciones de aplicación de títulos, acuerdos de pago, resoluciones de levantamiento de medidas y de terminación del proceso de cobro.	Respuesta a derechos de petición, excepciones, resoluciones de aplicación de títulos, acuerdos de pago, levantamiento de medidas y de terminación del proceso de cobro.	N/A
4	Elaborar las respuestas en los términos establecidos a las peticiones y afines, recursos, excepciones y demás solicitudes que se realicen en desarrollo de los procesos de cobro coactivo.	Se dio cumplimiento a la presente actividad, mediante la elaboración de respuesta a los derechos de petición, excepciones, resoluciones de aplicación de títulos, acuerdos de pago, resoluciones de levantamiento de medidas y de terminación del proceso de cobro en los términos establecidos.	Respuesta a derechos de petición, excepciones, resoluciones de aplicación de títulos, acuerdos de pago, levantamiento de medidas y de terminación del proceso de cobro.	N/A
5	Apoyar al Grupo de cobro coactivo en el estudio de bienes de los deudores, la celebración de los acuerdos de pago y constitución de garantías de conformidad con los lineamientos establecidos por la Entidad.	Durante este periodo no se asignó el estudio de bienes de los deudores, celebración de acuerdos de pago ni constitución de garantías.	N/A	N/A
6	Apoyar en la actualización de los manuales de procedimiento que se requieran para adelantar las funciones del Grupo de	Durante este periodo no se contribuyó con el apoyo en la revisión para la constitución del manual de	N/A	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

	Cobro Coactivo de la Oficina Asesora Jurídica de la ADRES.	procedimiento del proceso de cobro coactivo.		
7	Adelantar las actividades para la elaboración, seguimiento y cumplimiento de los Planes de Mejoramiento.	Durante este periodo no se asignó las actividades para la elaboración, seguimiento y cumplimiento de los Planes de Mejoramiento.	N/A	N/A
8	Apoyar al Grupo de cobro coactivo en la elaboración de los insumos técnicos que se requieran para atender los requerimientos de los organismos de control, Entidades públicas, acciones constitucionales, conciliaciones judiciales, prejudiciales o extrajudiciales, siempre que guarden relación con el desarrollo de los procesos que se adelanten por jurisdicción coactiva en cualquiera de sus etapas, en los términos legalmente establecidos.	Durante este periodo se elaboraron insumos técnicos frente a las tutelas incoadas, y para procesos de nulidad y restablecimiento del derecho y nulidad simple.	Insumos técnicos para la contestación de tutelas, y para procesos de nulidad y restablecimiento del derecho y nulidad simple.	N/A
9	Atender los requerimientos de información y cumplir con los planes de mejoramiento internos y los suscritos con los organismos de control.	Durante este periodo no se atendieron los requerimientos de información ni se asignaron actividades con el fin de cumplir con los planes de mejoramiento internos y los suscritos con los organismos de control.	N/A	N/A
10	Efectuar las actividades relacionados con el desarrollo, sostenimiento y mejoramiento continuo del Sistema Integrado de Gestión Institucional -SIGI-, supervisar su efectividad y la observancia de sus recomendaciones.	Durante este periodo no se asignaron actividades relacionadas con el desarrollo, sostenimiento y mejoramiento del SIGI.	N/A	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

11	Disponer y suministrar la información sobre las actividades y operaciones asignadas, en las condiciones y características establecidas o requeridas por el Ministerio de Salud y Protección Social y los organismos de seguimiento y control.	Durante este periodo se suministró formación referente a las respuestas a derechos de petición asignados, excepciones, resoluciones de aplicación de títulos, acuerdos de pago, resoluciones de levantamiento de medidas y de terminación del proceso de cobro, e insumos para la contestación de acciones de tutela, y para procesos de nulidad y restablecimiento del derecho y nulidad simple.	Respuestas a derechos de petición, excepciones, resoluciones de aplicación de títulos, acuerdo de pago, resoluciones de levantamiento de medidas y de terminación del proceso de cobro, e insumos técnicos para la contestación de acciones de tutela, y para procesos de nulidad y restablecimiento del derecho y nulidad simple. Actos administrativos de fraccionamiento, aplicación de títulos de depósito judicial y/o devolución de remanentes de ser procedente. Resoluciones de seguir adelante con la ejecución.	N/A
12	Cumplir con las metas de productividad sobre los temas asignados de manera semanal, mensual, trimestral y semestral, que permita al Grupo de Cobro Coactivo de la Oficina Asesora Jurídica, cumplir con las metas entre otras, las establecidas en el Plan de Acción. Del cumplimiento que trata el presente numeral se deberá informar al (os) encargado(s) de actualizar las bases de gestión al interior del grupo.	Durante este periodo se cumplió con la respuesta a derechos de petición, excepciones, resoluciones de aplicación de títulos, acuerdos de pago, resoluciones de levantamiento de medidas y de terminación del proceso de cobro e insumos técnicos.	Respuestas a derechos de petición, excepciones, resoluciones de aplicación de títulos, acuerdos de pago, resoluciones de levantamiento de medidas, de terminación del proceso de cobro, e insumos técnicos para contestaciones de tutela, y para procesos de nulidad y restablecimiento del derecho y nulidad simple. Resoluciones de seguir adelante con la ejecución.	N/A
13	Apoyar al Grupo de cobro coactivo en la elaboración de los documentos técnicos necesarios para los procesos de contratación que requiera adelantar la Entidad respecto a los asuntos de su competencia.	Durante este periodo, no participé en la elaboración de los documentos técnicos necesarios para los procesos de contratación.	N/A	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

14	Brindar atención presencial y telefónica o por los medios de entrada y/o de salida que indique la entidad, con el objetivo de resolver inquietudes de los usuarios según corresponda.	Durante este periodo, no brindé atención presencial y telefónica a las inquietudes que elevan los usuarios.	N/A	N/A
15	Las demás obligaciones que se le asignen y que correspondan a la naturaleza de su objeto.	Durante este periodo, no se me asignaron obligaciones adicionales correspondientes a la naturaleza del objeto del contrato.	N/A	N/A

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



Firma del Contratista
Fecha: 31/12/2024

BALANCE ECONÓMICO

Valor Total Contrato (Inicial + Adición)	Valor Pagado	Valor a Pagar	Saldo Liberado	Saldo por Pagar
\$99.450.552	\$86.742.981	\$8.287.546	\$0	\$4.420.025

La ADRES cancelará al CONTRATISTA, la suma de OCHO MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS CUARENTA Y SEIS PESOS M/CTE (\$8.287.546).

PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL PERSONAS NATURALES

Mes de ejecución contractual

CONCEPTO	PLANILLA No.	VALOR	PERIODO		FECHA DE PAGO
			DESDE	HASTA	
Salud	82079381	\$414.400	1/11/2024	30/11/2024	9/12/2024
Pensión	82079381	\$530.500	1/11/2024	30/11/2024	9/12/2024
ARL	82079381	\$17.400	1/11/2024	30/11/2024	9/12/2024

El Contratista tiene otros Contratos de Prestación de Servicios:

SI ☐ NO ☒

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

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:

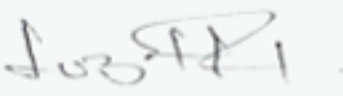
1. El (la) Contratista durante el periodo de ejecución del contrato, desarrolló y cumplió con objeto contractual, las obligaciones generales y específicas, presentó y entregó los productos y/o informes establecidos en el Contrato o Convenio en mención.
2. Apruebo los informes, productos y demás documentos 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 Incluir información relevante no descrita en otro acápite, solo si aplica, no es necesario reiterar información

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.
5. Copia del Registro Civil de Nacimiento de la menor Manuela Villamor Simancas.
6. Copia de la Tarjeta de Identidad de la menor Manuela Villamor Simancas.
7. Copia del Registro Civil de Nacimiento del menor Jacobo Vega Simancas.
8. Pantallazo Orfeo
9. Pólizas de cumplimiento.

En constancia, firmo:



LUZ MARINA REYES ZAMBRANO
Supervisor o interventor

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

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

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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1018445640	ANGELICA MARIA SIMANCAS ROBLES		Carrera 7 # 1-71 Serranías Torre 9 Apto 100	3214346134	asimancas04@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	LA CALERA	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2024-11	2024-11	I	09/12/2024	82079381	TOTAL A PAGAR \$1.028.700

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	414.400	0		0		0	0	0	0	414.400	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	530.500	0	0	0	0	0	0		530.500	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	17.400				17.400	0	0	17.400			174	17.400	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre				NIT	Valor Aporte	Días Mora
CCF24	Compensar Caja				860066942-7	66.400	0
						0	
						66.400	

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	414.400	414.400
Pensión	1	530.500	530.500
Riesgos Laborales	1	17.400	17.400
CCF	1	66.400	66.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	1.028.700	1.028.700

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1018445640	ANGELICA MARIA SIMANCAS ROBLES		Carrera 7 # 1-71 Serranías Torre 9 Apto 100	3214346134	asimancas04@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	LA CALERA	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						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
2024-11	2024-11	I	09/12/2024	82079381	\$1.028.700

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES									
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	1018445640	SIMANCAS ROBLES ANGELICA MARIA	59	0		N																	25-14	3.315.018	530.500	0	0		0	0	EPS008	3.315.018	414.400	14-23	3.315.018	1	17.400	CCF24	3.315.018	66.400	0	0	0	0	0

PAGADA



**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
Angélica María Simancas Robles	1.018.445.640

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

Responsable de IVA: SI ☐ NO ☒ Adjuntar RUT donde se evidencia responsabilidad de IVA

Régimen Simple: SI ☐ NO ☒ Adjuntar RUT donde se evidencia que pertenece a régimen simple

Código Actividad Económica 6910, Tarifa ICA 8.66 ver Resolución SDH-000265 del 13 de abril de 2021

Contrato de Prestación de Servicios Número: No. ADRES-CPS-027-2024

Fecha de Inicio: 17 de enero de 2024 Fecha de Terminación: 31 de diciembre de 2024

Valor total del Contrato: \$99.450.552 Prórroga: SI ☒ NO ☐

Valor por concepto de Honorarios 2024: \$8.287.546

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

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 (*)
Tarjeta de identidad	1.141.337.997	MANUELA VILLAMOR SIMANCAS	a
Registro Civil de Nacimiento	1.071.173.011	JACOBO VEGA SIMANCAS	a

(*) CALIDAD DEPENDIENTES

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



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

- 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.
- 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 XXXXXXXX identificado (a) con la C.C. No. XXXXXXX 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, Obligación _____ 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.



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

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
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:

Cédula de ciudadanía No. 1.018445.640 de Bogotá
Bogotá D.C., 31 de diciembre de 2024

CIUDAD: Bogotá

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: ANGÉLICA MARÍA SIMANCAS ROBLES

IDENTIFICACIÓN: CC ☒ NIT ☐ No. 1.018.445.640

CONTRATO No.: 027 de 2024

OBJETO: *"Prestar servicios profesionales para adelantar las actuaciones administrativas y operativas del proceso de Gestión de cobro, encaminadas al recaudo de las acreencias por todo concepto a favor de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES."*

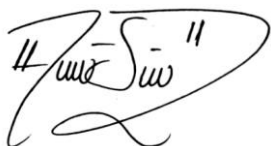
PERIODO COMPRENDIDO DESDE: 01/12/2024 **HASTA:** 31/12/2024

LA SUMA DE: OCHO MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS CUARENTA Y SEIS PESOS M/CTE (\$8.287.546).

POR CONCEPTO DE: HONORARIOS

DIRECCIÓN: Carrera 7 No. 1-71 Serranias Torre 9 Apto 102- La Calera- Cundinamarca

TELÉFONO: 321 434 6134



ANGÉLICA MARÍA SIMANCAS ROBLES
C.C. 1.018.445.640

REPÚBLICA DE COLOMBIA



ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 52761220

NUIP 1141337997

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número 68 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código DTZ

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA

Datos del inscrito

Primer Apellido VILLAMOR Segundo Apellido SIMANCAS

Nombre(s) MANUELA

Fecha de nacimiento Año 2012 Mes SEP Día 08 Sexo (en letras) Femenino Grupo sanguíneo O Factor RH Positivo

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía)

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo

11646568-5

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos SIMANCAS ROBLES ANGELICA MARIA

Documento de identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA NRO. 1.018.445.640

Nacionalidad

COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos VILLAMOR BELTRAN MARIO ANDRES

Documento de identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA NRO. 1.015.398.196

Nacionalidad

COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos VILLAMOR BELTRAN MARIO ANDRES

Documento de identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA NRO. 1.015.398.196

Firma

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Fecha de inscripción

Año 2012 Mes SEP Día 28

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

JUAN MANUEL CASTAÑEDA MARTINEZ

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

JUAN MANUEL CASTAÑEDA MARTINEZ

Nombre y firma

Firma

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

NOTARIA 68 REPÚBLICA DE COLOMBIA
Circuito Judicial de Bogotá D.C.
REGISTRO CIVIL

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.141.337.997**
VILLAMOR SIMANCAS

APELLIDOS
MANUELA

NOMBRES

Manuela.v

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

08-SEP-2012

LUGAR DE NACIMIENTO

08-SEP-2030

FECHA DE VENCIMIENTO

18-NOV-2019 LA CALERA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

O+

F

G S RH

SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



P-1513900-01119699-F-1141337997-20191213

0069314628A 1

53105064



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.071.173.011

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo 61142770
Serial

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina	
Registratura ☒ Notaría ☐ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código J 5 Q	
País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/a Inspección de Policía	
REGISTRADURIA DE LA CALERA - COLOMBIA - CUNDINAMARCA - LA CALERA...	
Datos del inscrito	
Primer Apellido	Segundo Apellido
VEGA.....	SIMANCAS.....
Nombre(s)	
JACOBO.....	
Fecha de nacimiento	
Año 2021 Mes SEPT Día 09	Sexo (en letras) MASCULINO.....
Grupo sanguíneo A.....	
Factor RH POSITIVO	
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/a Inspección)	
COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.....	
Tipo de documento antecedente a Declaración de testigos	
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO.....	Número certificado de nacido vivo 167825345.....
Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con líneas matrilineales, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)	
Apellidos y nombres completos	
SIMANCAS ROBLES ANGELICA MARIA.....	
Documento de identificación (Clase y número)	
CC 1.018.445.640.....	Nacionalidad COLOMBIA.....
Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con líneas matrilineales, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)	
Apellidos y nombres completos	
VEGA LOPEZ EDISSON FERNANDO.....	
Documento de identificación (Clase y número)	
CC 1.015.995.993.....	Nacionalidad COLOMBIA.....
Datos del declarante	
Apellidos y nombres completos	
VEGA LOPEZ EDISSON FERNANDO.....	
Documento de identificación (Clase y número)	
CC 1.015.995.993.....	Firma
Datos primer testigo	
Apellidos y nombres completos	
Documento de identificación (Clase y número)	
Firma	
Datos segundo testigo	
Apellidos y nombres completos	
Documento de identificación (Clase y número)	
Firma	
Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2021 Mes SEPT Día 13	YOHANA MIREYA VARGAS - REGISTRADO
Firma	
Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma
ESPACIO PARA NOTAS	

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

ESTA REPRODUCCIÓN
FOTOMECAÁNICA ES FIEL COPIA DE
LA ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS
ARCHIVOS DE LA REGISTRADURÍA

ES FIEL COPIA TOMADA DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA REGISTRADURIA DE ACUERDO CON EL ARTICULO 115 DEL DECRETO LEY 1260 DE 1.970. SIN SELLO SEGÚN ART. 11 DEL DECRETO 2150 DE 1.995. TIENE VALIDEZ PERMANENTE.

TOMO: CP16 FOLIO: — SERIAL: 61142770

YOHANA MIREYA VARGAS
Registradora Municipal
La Calera - Cundinamarca



13 SET. 2021
FECHA DE EXPEDICION

- Consultas
- Bandejas
- General (Todos)
- Entrada (1)
- Salida (1)
- Interna (1)
- Vo.Bo. (1)
- Devueltos (1)
- PQRSD (1)
- Borradores (0)
- Informados (0)
- Agendados (0)
- Agendados vencidos(0)

 **Bandeja** Carpeta de Entrada

Buscar *Radicados*

Q

Filtro

25 ▾

☐	Radicado ▾	Alerta ▾	Fecha ▾	Asunto ▾	Remitente / Destinatario ▾	Enviado Por ▾	Tipo Documento ▾	Fecha Vencimiento ▾	Medio de Recepción ▾	Ref ▾
No data available in table										
Showing 0 to 0 of 0 entries PreviousNext										
 										

PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL
DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN: BOGOTÁ, D.C.			SUCURSAL: CHAPINERO			COD. SUC: 14		NO. PÓLIZA: 14-46-101104193		ANEXO: 0	
FECHA EXPEDICIÓN: DÍA: 16 MES: 01 AÑO: 2024			VIGENCIA DESDE: DÍA: 15 MES: 01 AÑO: 2024			A LAS: HORAS: 00:00 DÍA: 03 MES: 03 AÑO: 2025		A LAS: HORAS: 23:59		TIPO MOVIMIENTO: EMISIÓN ORIGINAL	

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: SIMANCAS ROBLES ANGELICA MARIA						IDENTIFICACIÓN: C.C. :1,018,445,640	
DIRECCIÓN: CL PRIMERA A 3 A 09 BRR				CIUDAD: LA CALERA - CUNDINAMARCA			TELÉFONO: 3214346134

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO/BENEFICIARIO:		ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES		IDENTIFICACIÓN:		NIT. :901.037.916-1					
DIRECCIÓN:		AVENIDA EL DORADO CLL 26 # 69		CIUDAD:		BOGOTA, D.C. - DISTRITO CAPITAL		TELÉFONO:		6014322760	
ADICIONAL:											

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. ADRES-CPS-027-2024 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA ADELANTAR LAS ACTUACIONES ADMINISTRATIVAS Y OPERATIVAS DEL PROCESO DE GESTIÓN DE COBRO, ENCAMINADAS AL RECAUDO DE LAS ACRECENCIAS POR TODO CONCEPTO A FAVOR DE LA ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD ADRES.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS			
AMPAROS:		VIGENCIA DESDE:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO		15/01/2024	\$ 16,575,092.00
VIGENCIA HASTA:		03/03/2025	
ACLARACIONES:			

VALOR PRIMA NETA:	GASTOS EXPEDICIÓN:	IVA:	TOTAL A PAGAR:	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO:
\$ 75,019.32	\$ 8,000.00	\$ 15,773.67	\$ 98,792.99	\$ 16,575,092.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE:	CLAVE:	% PART:	NOMBRE COMPAÑÍA:	% PART:	VALOR ASEGURADO:
MAIOS AGENCIA DE SEGUROS LTDA	215183	100,00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE ÚNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTÍA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO

PARA EFECTO DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CRA. 7 NO. 57 -67 - TELÉFONO: 2172417 - BOGOTÁ, D.C.

E VIDA DEL ESTADO - SEGUROS DEL ESTADO - SEGURO
S. A. SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO - SEGURO
E VIDA DEL ESTADO - SEGUROS DEL ESTADO - SEGURO
S. A. SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO - SEGURO



75-11

14-46-101104193

FIRMA AUTORIZADA: Gabriela Zarante - Secretaria General

FIRMA TOMADOR

USTED PUEDE CONSULTAR ESTAR PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

Oficina Principal: Calle 83 No 19-10 Bogotá D.C. Teléfono: 601-2186977,
601-6019330

901460010

NO EFECTUAR RETENCIÓN EN LA FUENTE POR NINGUN CONCEPTO * RESPONSABLE IVA

CONSTANCIA DE NO REVOCATORIA NI CANCELACIÓN POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA

Hacemos constar, que la póliza No. 14-46-101104193, anexo 0, no expirará por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la póliza o de la aseguradora.

Lo anterior de conformidad con lo establecido en el decreto 1082 de 2015, el cual regula las garantías ante entidades estatales.

Dado en BOGOTÁ, D.C., a los 16 días del mes de Enero de 2024


EVIDA DEL ESTADO - SEGUROS DEL ESTADO - SEGUROS
EVIDA DEL ESTADO - SEGUROS DEL ESTADO - SEGUROS
EVIDA DEL ESTADO - SEGUROS DEL ESTADO - SEGUROS
EVIDA DEL ESTADO - SEGUROS DEL ESTADO - SEGUROS
EVIDA DEL ESTADO - SEGUROS DEL ESTADO - SEGUROS

FIRMA AUTORIZADA: Gabriela Zarante - Secretaria General

Oficina Principal: Calle 83 No 19-10 Bogotá D.C. Teléfono: 601-2186977, 601-6019330
ASISTENCIA CELULAR #388 - FUERA DE BOGOTÁ 018000123010
www.segurosdeleestado.com

1. AMPAROS.

SEGUROS DEL ESTADO S.A., QUE EN ADELANTE SE DENOMINARÁ SEGURESTADO OTORGA A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, HASTA EL MONTO DEL VALOR ASEGURADO PACTADO, LOS AMPAROS MENCIONADOS EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA, CUBRIENDO CON ELLOS, SIEMPRE LOS PERJUICIOS DIRECTOS QUE CON SUJECCIÓN A LA DEFINICIÓN DE LAS CONDICIONES ADELANTE INDICADAS, LLEGARE A CAUSAR EL GARANTIZADO POR EL INCUMPLIMIENTO QUE, ATRIBUIBLE A SU ACCIÓN U OMISIÓN, PRODUJERE.

LOS AMPAROS QUE SE OTORGAN EN ESTA PÓLIZA SERÁN INDEPENDIENTES UNOS DE OTROS RESPECTO DE SUS RIESGOS Y DE SUS VALORES ASEGURADOS. SEGÚN LAS DEFINICIONES QUE A CONTINUACIÓN SE INDICAN:

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.

EL AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, LA SANCIÓN DERIVADA DEL INCUMPLIMIENTO DE LA OFERTA, EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

1.1.1 LA NO AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA OFERTA CUANDO EL PLAZO PARA LA ADJUDICACIÓN O PARA SUSCRIBIR EL CONTRATO ES PRORROGADO, SIEMPRE QUE TAL PRÓRROGA SEA INFERIOR A TRES (3) MESES.

1.1.2 EL RETIRO DE LA OFERTA DESPUÉS DE VENCIDO EL PLAZO FIJADO PARA LA PRESENTACIÓN DE LAS OFERTAS.

1.1.3 LA NO SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO SIN JUSTA CAUSA POR PARTE DEL ADJUDICATARIO.

1.1.4 LA FALTA DE OTORGAMIENTO POR PARTE DEL PROPONENTE SELECCIONADO DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.

EL AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE LLEGUEN A CAUSAR, CON OCASIÓN DE (I) LA NO INVERSIÓN DEL ANTICIPO, (II) EL USO INDEBIDO DEL ANTICIPO Y (III) LA APROPIACIÓN INDEBIDA DE LOS RECURSOS RECIBIDOS POR EL CONTRATISTA GARANTIZADO EN CALIDAD DE ANTICIPO.

1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO.

EL AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE CAUSEN POR LA NO DEVOLUCIÓN TOTAL O PARCIAL, DEL DINERO ENTREGADO AL CONTRATISTA GARANTIZADO A TÍTULO DE PAGO ANTICIPADO, CUANDO A ELLO HUBIERE LUGAR.

1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

EL AMPARO DE CUMPLIMIENTO, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, POR LOS PERJUICIOS DIRECTOS DERIVADOS DE: (A) EL INCUMPLIMIENTO TOTAL O PARCIAL DEL CONTRATO, CUANDO EL INCUMPLIMIENTO ES IMPUTABLE AL CONTRATISTA; (B) EL CUMPLIMIENTO TARDÍO O DEFECTUOSO DEL CONTRATO, CUANDO EL INCUMPLIMIENTO ES IMPUTABLE AL CONTRATISTA; (C) LOS DAÑOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA POR ENTREGAS PARCIALES DE LA OBRA, CUANDO EL CONTRATO NO PREVÉ ENTREGAS PARCIALES; Y (D) EL PAGO DEL VALOR DE LAS MULTAS Y DE LA CLÁUSULA PENAL PECUNIARIA SIEMPRE QUE SE HUBIEREN PACTADO PREVIAMENTE EN EL CONTRATO GARANTIZADO.

EN VIRTUD DE LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 44 DE LA LEY 610 DE 2000, LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO CUBRIRÁ LOS PERJUICIOS CAUSADOS A LA ENTIDAD ESTATAL COMO CONSECUENCIA DE LA CONDUCTA DOLOSA O CULPOSA, IMPUTABLE AL CONTRATISTA GARANTIZADO, DERIVADOS DE UN PROCESO DE RESPONSABILIDAD FISCAL, SIEMPRE Y CUANDO ESOS PERJUICIOS DERIVEN DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS

OBLIGACIONES SURGIDAS DEL CONTRATO AMPARADO POR LA GARANTÍA.

1.5 AMPARO DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES.

EL AMPARO DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES DE NATURALEZA LABORAL, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, POR LOS PERJUICIOS QUE SE LE OCASIONEN, A RAÍZ DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES LABORALES A QUE ESTÉ OBLIGADO EL CONTRATISTA GARANTIZADO, DERIVADAS DE LA CONTRATACIÓN DEL PERSONAL UTILIZADO PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO AMPARADO EN EL TERRITORIO NACIONAL.

ESTA GARANTÍA NO SE APLICARÁ PARA LOS CONTRATOS QUE SE EJECUTEN EN SU TOTALIDAD FUERA DEL TERRITORIO NACIONAL POR PERSONAL CONTRATADO BAJO UN RÉGIMEN JURÍDICO DISTINTO AL NACIONAL.

1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA.

EL AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE GENEREN COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER TIPO DE DAÑO O DETERIORO, PRESENTADOS EN LA OBRA ENTREGADA Y RECIBIDA A SATISFACCIÓN DE DICHA ENTIDAD ESTATAL O SUS REPRESENTANTES, CUYA CAUSA SEA IMPUTABLE AL CONTRATISTA GARANTIZADO.

1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO

EL AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA GARANTIZADO, QUE SE OCASIONEN CON POSTERIORIDAD A LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, Y QUE SE DERIVEN DE LA DEFICIENTE CALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO.

EN LOS CONTRATOS DE INTERVENTORIA, LA VIGENCIA DE ÉSTE AMPARO DEBE SER IGUAL AL PLAZO DE LA GARANTÍA DE ESTABILIDAD DEL CONTRATO PRINCIPAL EN CUMPLIMIENTO DEL PARAGRAFO DEL ARTÍCULO 85 DE LA LEY 1474 DE 2011.

1.8 CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES Y EQUIPOS SUMINISTRADOS.

ESTE AMPARO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA DE LOS PERJUICIOS OCASIONADOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA, SUFRIDOS POR LA DEFICIENTE CALIDAD E INCORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES QUE RECIBE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA EN CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO GARANTIZADO.

2. EXCLUSIONES.

LOS AMPAROS OTORGADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA NO OPERARÁN CUANDO LOS DAÑOS A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA SE GENEREN POR:

2.1 CAUSA EXTRAÑA, ESTO ES, LA FUERZA MAYOR O CASO FORTUITO, EL HECHO DE UN TERCERO O LA CULPA EXCLUSIVA DE LA VÍCTIMA.

2.2. DAÑOS CAUSADOS POR EL CONTRATISTA GARANTIZADO, A LOS BIENES DE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, NO DESTINADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL.

2.3. EL USO INDEBIDO O INADECUADO O LA FALTA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO A QUE SE ENCUENTRE OBLIGADA LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA.

2.4. EL DETERIORO NORMAL QUE SUFRAN LOS BIENES ENTREGADOS CON OCASIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, COMO CONSECUENCIA DEL TRANSURSO DEL TIEMPO.

3. SUMA ASEGURADA

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1079 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, SEGURESTADO NO ESTARÁ OBLIGADO A RESPONDER SI NO HASTA CONCURRENCIA DE LA SUMA ASEGURADA EN CASO DE SINIESTRO, DETERMINADA EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA PARA CADA AMPARO.

4. VIGENCIA.

LA VIGENCIA DE LOS AMPAROS OTORGADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA, SE HARÁ BAJO LOS LINEAMIENTOS DEL DECRETO 1082 DE 2015 Y CONSTARAN EN LA CARÁTULA DE LA MISMA O EN SUS ANEXOS.

5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA.

PARA HACER EFECTIVOS CUALQUIERA DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR SEGURESTADO, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA DEBERÁ GARANTIZAR EL DEBIDO PROCESO DE SEGURESTADO Y EL CONTRATISTA, MEDIANTE EL AGOTAMIENTO DEL PROCEDIMIENTO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011 O LAS NORMAS QUE LO SUSTITUYAN O MODIFIQUEN.

LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, LE CORRESPONDERÁ DEMOSTRAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y ACREDITAR LA CUANTÍA DE LA PÉRDIDA SI FUERE EL CASO.

EL PROCEDIMIENTO QUE DEBERÁ SEGUIR LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PARA LA EFECTIVIDAD DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR ESTA PÓLIZA, SERÁ:

5.1 RESPECTO DEL AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO QUE IMPONGA LA SANCIÓN PREVIAMENTE ESTABLECIDA POR LA OCURRENCIA DE UNO CUALQUIERA DE LOS EVENTOS PREVISTOS EN LA CONDICIÓN 1.1 DE ÉSTA PÓLIZA, Y DISPONGA LA EFECTIVIDAD DE ÉSTE AMPARO A SEGURESTADO.

5.2 EN CASO DE DECRETARSE LA CADUCIDAD, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE EN EL CUAL, ADEMÁS DE LA DECLATORIA DE LA MISMA, HARÁ EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL O CUANTIFICARÁ EL MONTO DEL PERJUICIO, ORDENANDO SU PAGO TANTO AL CONTRATISTA COMO A SEGURESTADO. DICHO ACTO ADMINISTRATIVO SERÁ CONSTITUTIVO DEL SINIESTRO.

5.3 EN EL EVENTO DE IMPOSICIÓN DE MULTAS, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE ORDENANDO SU PAGO AL CONTRATISTA Y SEGURESTADO. DICHO ACTO ADMINISTRATIVO SERÁ CONSTITUTIVO DEL SINIESTRO.

5.4 EN LOS DEMÁS EVENTOS DE INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE, EN EL CUAL, ADEMÁS DE DECLARAR EL INCUMPLIMIENTO PROCEDERÁ A CUANTIFICAR EL MONTO DE LA PÉRDIDA O A HACER EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL, ORDENANDO SU PAGO AL CONTRATISTA Y SEGURESTADO. EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE ES LA RECLAMACIÓN PARA LA COMPAÑÍA DE SEGURO.

LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS EMITIDOS POR LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE QUE SEAN CONSTITUTIVOS O DECLARATIVOS DEL SINIESTRO, DEBERAN ESTAR EJECUTORIADOS Y DEBIDAMENTE NOTIFICADOS, DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 87 DE LA LEY 1437 DE 2011.

6. COMPENSACIÓN.

EN VIRTUD DE LA COMPENSACIÓN COMO MEDIO DE EXTINCIÓN DE LAS OBLIGACIONES RECONOCIDA EL ARTÍCULO 17 DE LA LEY 1150 DE 2007, SEGURESTADO TENDRÁ EN CUENTA TODAS LAS SUMAS DE DINERO QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA LE ADEUDE AL CONTRATISTA GARANTIZADO, POR CUALQUIER CONCEPTO. PARA TALES EFECTOS, SE DEBERÁ TENER EN CUENTA LA LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, EFECTUADA EN LOS TÉRMINOS LEGALES O CONVENCIONALES.

7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

LA INDEMNIZACIÓN SERÁ PAGADERA EN DINERO, O MEDIANTE LA REPOSICIÓN, REPARACIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE LA COSA ASEGURADA, A OPCIÓN DE SEGURESTADO, SIN PERJUICIO QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA EN EL EVENTO DE DECLATORIA DE CADUCIDAD DECIDA CONTINUAR LA EJECUCIÓN DEL OBJETO CONTRATADO A TRAVÉS DE SEGURESTADO O DE OTRO CONTRATISTA, A QUIEN A SU VEZ SE LE PODRÁ DECLARAR LA CADUCIDAD, SI A ELLO HUBIERE LUGAR.

EN EL EVENTO EN QUE POR INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO, SEGURESTADO RESOLVIERA CONTINUAR, COMO CESIONARIO, CON LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA ESTUVIESE DE ACUERDO CON ELLO, EL CONTRATISTA GARANTIZADO ACEPTA DESDE EL MOMENTO DE LA CONTRATACIÓN DE ESTA PÓLIZA, LA CESIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO A FAVOR DE SEGURESTADO.

8. PLAZO PARA EL PAGO.

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1080 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, SEGURESTADO DEBERÁ EFECTUAR EL PAGO DEL SINIESTRO DENTRO DEL MES SIGUIENTE AL CUAL LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA HAYA ACREDITADO LOS REQUISITOS DEL ARTÍCULO 1077 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, A TRAVÉS DEL ACTO ADMINISTRATIVO A QUE HACE REFERENCIA EL NUMERAL 5. DE ESTAS CONDICIONES.

9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN.

PARA LOS CASOS EN QUE LA SUMA ASEGURADA DE ESTA PÓLIZA DEBA SER AUMENTADA O DISMINUIDA Y PARA AQUELLOS EN LOS CUALES LAS ESTIPULACIONES DEL CONTRATO GARANTIZADO SEAN MODIFICADAS, SEGURESTADO A SOLICITUD PREVIA DEL CONTRATISTA GARANTIZADO Y DE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA (O EL INTERVENTOR, SUPERVISOR, ETC., EN SU CASO), EXPEDIRÁ UN CERTIFICADO O ANEXO DE MODIFICACIÓN DE LA PÓLIZA, EN EL CUAL CONSTEN LAS MODIFICACIONES CORRESPONDIENTES. PARA TAL EFECTO SE HACE INDISPENSABLE ACOMPAÑAR A LA SOLICITUD DE MODIFICACIÓN A SEGURESTADO EL DOCUMENTO (OTOSÍ, CLÁUSULA ADICIONAL, ETC.) QUE CONTENGA LAS MODIFICACIONES AL CONTRATO GARANTIZADO.

EL ÚLTIMO ANEXO O CERTIFICADO DE MODIFICACIÓN, SERÁ EL QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA HARÁ EFECTIVO, DE CONFORMIDAD CON EL NUMERAL 5. DE ESTAS CONDICIONES.

10. VIGILANCIA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO.

SEGURESTADO TENDRÁ LA FACULTAD DE EJERCER LA VIGILANCIA DEL CONTRATO, PARA LO CUAL LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA LE PRESTARÁ LA COLABORACIÓN NECESARIA PARA ELLO. EN LOS CASOS EN LOS CUALES EL CONTRATO GARANTIZADO TENGA POR OBJETO ASUNTOS RELACIONADOS CON EL ORDEN PÚBLICO Y LA SEGURIDAD NACIONAL, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PODRÁ PROHIBIR O LIMITAR ÉSTA FACULTAD.

11. NO CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA E IRREVOCABILIDAD DE ESTE SEGURO.

LA PRESENTE PÓLIZA NO EXPIRARÁ POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA NI PODRÁ SER REVOCADA UNILATERALMENTE.

12. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES

EN CASO DE INCONGRUENCIA PRESENTADA ENTRE LAS CONDICIONES PARTICULARES Y LAS CONDICIONES GENERALES DE ESTA PÓLIZA, PREVALECEERÁN LAS PRIMERAS.

13. COASEGURO

EN CASO DE EXISTIR COASEGURO, ESTO ES LA DISTRIBUCIÓN ENTRE VARIAS ASEGURADORAS DE DETERMINADO RIESGO, AL NO EXISTIR SOLIDARIDAD ENTRE LAS MISMAS, EL IMPORTE DE LA INDEMNIZACIÓN SE DISTRIBUIRÁ Y HARÁ EXIGIBLE ENTRE LOS COASEGUROADORES, EN PROPORCIÓN A LAS CUANTÍAS DE SU RESPECTIVA PARTICIPACIÓN.



NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN BOGOTA, D.C.			SUCURSAL CHAPINERO			COD.SUC 14	NO.PÓLIZA 14-46-101104193	ANEXO 1
FECHA EXPEDICIÓN DÍA MES AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA MES AÑO		A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA MES AÑO		A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO	
02 08 2024	15 01 2024		00:00	03 03 2025		23:59	ANEXO CAUSA PRIMA	

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL SIMANCAS ROBLES, ANGELICA MARIA	IDENTIFICACIÓN CC: 1018.445.640
DIRECCIÓN: CL PRIMERA A 3 A 09 BRR	CIUDAD: LA CALERA, CUNDINAMARCA TELÉFONO: 3214346134

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO: ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES	IDENTIFICACIÓN NIT: 901.037.916-1
DIRECCIÓN: AVENIDA EL DORADO CLL 26 # 69 - 76 TORRE 1 PISO 17	CIUDAD: BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL TELÉFONO 4322760
ADICIONAL:	

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. ADRES-CPS-027-2024 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA ADELANTAR LAS ACTUACIONES ADMINISTRATIVAS Y OPERATIVAS DEL PROCESO DE GESTIÓN DE COBRO, ENCAMINADAS AL RECAUDO DE LAS ACRECENCIAS POR TODO CONCEPTO A FAVOR DE LA ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD ADRES.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL	SUMA ASEG/ANTERIOR
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	15/01/2024	03/03/2025	\$24,862,638.00	\$16,575,092.00

ACLARACIONES

POR MEDIO DEL PRESENTE ANEXO Y SEGUN PRRROGA Y ADICIN No. 1 AL CONTRATO DE PRESTACIN DE SERVICIOS PROFESIONALES ADRES-CPS-027-2024 SE PRORROGA EL PLAZO DE EJECUCION HASTA EL 31/12/2024 Y SE AUMENTA LA SUMA DE \$ 33.150.184 AL VALOR TOTAL DEL CONTRATO.

LOS DEMAS TERMINOS Y/O CONDICIONES CONTINUAN VIGENTES Y SIN MODIFICAR.

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
\$ *****19,345.00	\$ *****0.00	\$ *****3,675.00	\$ *****23,020.00	\$ *****24,862,638.00	CONTADO
INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
MAIOS AGENCIA DE SEGUROS LTDA	215183	100.00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CRA. 7 NO. 57 -67 - TELEFONO: 2172417 - BOGOTA, D.C.

14-46-101104193

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas



FIRMA TOMADOR



NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN			SUCURSAL						COD.SUC		NO.PÓLIZA		ANEXO	
BOGOTÁ, D.C.			CHAPINERO						14		14-46-101104193		1	
FECHA EXPEDICIÓN			VIGENCIA DESDE			A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA			A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO			
DÍA MES AÑO			DÍA MES AÑO				DÍA MES AÑO							
02 08 2024			15 01 2024			00:00	03 03 2025			23:59	ANEXO CAUSA PRIMA			

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL SIMANCAS ROBLES, ANGELICA MARIA								IDENTIFICACIÓN CC: 1018.445.640		
DIRECCIÓN: CL PRIMERA A 3 A 09 BRR						CIUDAD: LA CALERA, CUNDINAMARCA			TELÉFONO: 3214346134	

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:			ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES			IDENTIFICACIÓN NIT: 901.037.916-1		
DIRECCIÓN: AVENIDA EL DORADO CLL 26 # 69 - 76 TORRE 1 PISO 17			CIUDAD: BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL			TELÉFONO 4322760		
ADICIONAL:								



PAGINA WEB



CORRESPONSALES BANCARIOS



Pagos con convenio *No aplica para transferencias



Banco de Bogotá



Seguros del Estado S.A Cuenta Corriente 008465445

Grupo Bancolombia



Seguros del Estado S.A Cuenta Convenio 47189

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	
\$ *****19,345.00	\$ *****0.00	\$ *****3,675.00	\$ *****23,020.00	\$ *****24,862,638.00	
INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
MAIOS AGENCIA DE SEGUROS LTDA	215183	100.00			

PLAN DE PAGO CONTADO

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO

FORMA DE PAGO

BANCO	CHEQUE No.	VALOR
EFFECTIVO		
CHEQUE		
TOTAL \$		

RACIÓN

DEL ESTADO S.A. ES CRA. 7 NO. 57-67 - TELEFONO: 2172417 - BOGOTÁ, D.C.



(415) 7709998021167 (8020) 11002116035771 (3900) 000000023020 (96) 20250802

REFERENCIA PAGO:

1100211603577-1

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE



SEGUROS
DEL
ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN BOGOTA, D.C.						SUCURSAL CHAPINERO				COD.SUC 14		NO.PÓLIZA 14-46-101104193		ANEXO 1	
FECHA EXPEDICIÓN DÍA MES AÑO			VIGENCIA DESDE DÍA MES AÑO			A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA MES AÑO			A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO				
02 08 2024			15 01 2024			00:00	03 03 2025			23:59	ANEXO CAUSA PRIMA				

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL SIMANCAS ROBLES, ANGELICA MARIA								IDENTIFICACIÓN CC: 1018.445.640			
DIRECCIÓN: CL PRIMERA A 3 A 09 BRR						CIUDAD: LA CALERA, CUNDINAMARCA			TELÉFONO: 3214346134		

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO: ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES								IDENTIFICACIÓN NIT: 901.037.916-1			
DIRECCIÓN: AVENIDA EL DORADO CLL 26 # 69 - 76 TORRE 1 PISO 17						CIUDAD: BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL			TELÉFONO: 4322760		

ADICIONAL:

TEXTO ACLARATORIO

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CRA. 7 NO. 57 -67 - TELEFONO: 2172417 - BOGOTA, D.C.

14-46-101104193

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

MIGUEL MORENOSUS



SEGUROS
DEL
ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN BOGOTA, D.C.			SUCURSAL CHAPINERO			COD.SUC 14	NO.PÓLIZA 14-46-101104193	ANEXO 2
FECHA EXPEDICIÓN DÍA MES AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA MES AÑO		A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA MES AÑO		A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO	
02 08 2024	15 01 2024		00:00	30 06 2025		23:59	ANEXO DE PRORROGA	

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL SIMANCAS ROBLES, ANGELICA MARIA	IDENTIFICACIÓN CC: 1018.445.640
DIRECCIÓN: CL PRIMERA A 3 A 09 BRR	CIUDAD: LA CALERA, CUNDINAMARCA TELÉFONO: 3214346134

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO: ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES	IDENTIFICACIÓN NIT: 901.037.916-1
DIRECCIÓN: AVENIDA EL DORADO CLL 26 # 69 - 76 TORRE 1 PISO 17	CIUDAD: BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL TELÉFONO 4322760
ADICIONAL:	

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. ADRES-CPS-027-2024 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA ADELANTAR LAS ACTUACIONES ADMINISTRATIVAS Y OPERATIVAS DEL PROCESO DE GESTIÓN DE COBRO, ENCAMINADAS AL RECAUDO DE LAS ACRECENCIAS POR TODO CONCEPTO A FAVOR DE LA ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD ADRES.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL	SUMA ASEG/ANTERIOR
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	15/01/2024	30/06/2025	\$24,862,638.00	\$24,862,638.00

ACLARACIONES

POR MEDIO DEL PRESENTE ANEXO Y SEGUN PRORROGA Y ADICIN No. 1 AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES ADRES-CPS-027-2024 SE PRORROGA EL PLAZO DE EJECUCION HASTA EL 31/12/2024 Y SE AUMENTA LA SUMA DE \$ 33.150.184 AL VALOR TOTAL DEL CONTRATO.

LOS DEMAS TERMINOS Y/O CONDICIONES CONTINUAN VIGENTES Y SIN MODIFICAR.

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
\$ *****32.423.00	\$ *****8.000.00	\$ *****7.680.00	\$ *****48.104.00	\$ *****24,862.638.00	CONTADO
INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
MAIOS AGENCIA DE SEGUROS LTDA	215183	100.00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CRA. 7 NO. 57 -67 - TELEFONO: 2172417 - BOGOTA, D.C.

14-46-101104193

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas



FIRMA TOMADOR



NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN			SUCURSAL						COD.SUC		NO.PÓLIZA		ANEXO
BOGOTÁ, D.C.			CHAPINERO						14		14-46-101104193		2
FECHA EXPEDICIÓN			VIGENCIA DESDE			A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA			A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO		
DÍA MES AÑO			DÍA MES AÑO				DÍA MES AÑO						
02 08 2024			15 01 2024			00:00	30 06 2025			23:59	ANEXO DE PRORROGA		

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL SIMANCAS ROBLES, ANGELICA MARIA								IDENTIFICACIÓN CC: 1018.445.640		
DIRECCIÓN: CL PRIMERA A 3 A 09 BRR						CIUDAD: LA CALERA, CUNDINAMARCA			TELÉFONO: 3214346134	

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:			ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES			IDENTIFICACIÓN NIT: 901.037.916-1		
DIRECCIÓN: AVENIDA EL DORADO CLL 26 # 69 - 76 TORRE 1 PISO 17			CIUDAD: BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL			TELÉFONO 4322760		
ADICIONAL:								



PAGINA WEB



CORRESPONSALES BANCARIOS



Pagos con convenio *No aplica para transferencias



Banco de Bogotá



Seguros del Estado S.A Cuenta Corriente 008465445

Grupo Bancolombia



Seguros del Estado S.A Cuenta Convenio 47189

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	
\$ *****32,423.00	\$ *****8,000.00	\$ *****7,680.00	\$ *****48,104.00	\$ *****24,862,638.00	
INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
MAIOS AGENCIA DE SEGUROS LTDA	215183	100.00			

PLAN DE PAGO CONTADO

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO

FORMA DE PAGO

BANCO	CHEQUE No.	VALOR
EFFECTIVO		
CHEQUE		
TOTAL \$		

RACIÓN

DEL ESTADO S.A. ES CRA. 7 NO. 57-67 - TELEFONO: 2172417 - BOGOTÁ, D.C.



(415) 7709998021167 (8020) 11002116035787 (3900) 000000048104 (96) 20250114

REFERENCIA PAGO:

1100211603578-7

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE



**SEGUROS
DEL
ESTADO S.A.**

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN BOGOTÁ, D.C.						SUCURSAL CHAPINERO				COD.SUC 14		NO.PÓLIZA 14-46-101104193		ANEXO 2	
FECHA EXPEDICIÓN DÍA MES AÑO			VIGENCIA DESDE DÍA MES AÑO			A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA MES AÑO			A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO				
02 08 2024			15 01 2024			00:00	30 06 2025			23:59	ANEXO DE PRORROGA				

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL SIMANCAS ROBLES, ANGELICA MARIA								IDENTIFICACIÓN CC: 1018.445.640			
DIRECCIÓN: CL PRIMERA A 3 A 09 BRR						CIUDAD: LA CALERA, CUNDINAMARCA			TELÉFONO: 3214346134		

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO: ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES								IDENTIFICACIÓN NIT: 901.037.916-1			
DIRECCIÓN: AVENIDA EL DORADO CLL 26 # 69 - 76 TORRE 1 PISO 17						CIUDAD: BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL			TELÉFONO: 4322760		

ADICIONAL:

TEXTO ACLARATORIO

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CRA. 7 NO. 57 -67 - TELEFONO: 2172417 - BOGOTA, D.C.

14-46-101104193

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

MIGUEL MORENOSUS

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

Contrato No.	027 de 2024		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	Angélica María Simancas Robles		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	Luz Marina Reyes Zambrano	Extensión del Supervisor	432 27 60 Ext. 1036
Dependencia	Oficina Asesora Jurídica		
Objeto del Contrato	"Prestar servicios profesionales para adelantar las actuaciones administrativas y operativas del proceso de Gestión de cobro, encaminadas al recaudo de las acreencias por todo concepto a favor de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES."		
Fecha de Inicio	17/01/2024	Fecha de Terminación	31/12/2024

Periodo del Informe de Actividades	Desde	17/01/2024	Hasta	31/12/2024
Adición y/o Prórroga	RP No. 16937 del 02/08/2024. Adición por valor de \$33.150.184 y prórroga hasta el 31/12/2024.			
Suspensión	N/A			
Cesión	N/A			
Terminación	Terminación por plazo contractual			

INFORME DE EJECUCIÓN ECONÓMICA Y FINANCIERA	
CONCEPTO	VALOR
Valor inicial del Contrato o Convenio	\$66.300.368
Valor adiciones	\$33.150.184
Valor total incluidas las adiciones	\$99.450.552
Valor pagado o desembolsado al Contratista.	\$86.742.981
Valor Pendiente por pagar al Contratista	\$8.287.546
Valor para reintegrar o reintegrado por parte del Contratista.	0
Valor a liberar	\$4.420.025
Valor liberado	0
Valor total ejecutado	\$95.030.527
INFORME DE EJECUCIÓN	

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

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
14-46-101104193	Cumplimiento del contrato	\$16.575.092	15/01/2024	03/03/2025
14-46-101104193	Cumplimiento del contrato	\$24.862.638	15/01/2024	03/03/2025

Trámites Sancionatorios (Si aplica)

OBLIGACION(ES) INCUMPLIDA(S)	TRÁMITE
-	-

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 17 de enero de 2024 al 31 de enero de 2024, radicado 20246304403262 del 01 de febrero de 2024.
 - b) Del período comprendido entre el 01 de febrero de 2024 al 29 de febrero de 2024, radicado 20246304930552 del 06 de marzo de 2024.
 - c) Del período comprendido entre el 01 de marzo de 2024 al 31 de marzo de 2024, radicado 20246305222972 del 01 de abril de 2024.
 - d) Del período comprendido entre el 01 de abril de 2024 al 30 de abril de 2024, radicado 20246305770922 del 02 de mayo de 2024.
 - e) Del período comprendido entre el 01 de mayo de 2024 al 31 de mayo de 2024, radicado 20246306224742 del 04 de junio de 2024.

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

- f) Del período comprendido entre el 01 de junio de 2024 al 30 de junio de 2024, radicado 20246306676862 del 02 de julio de 2024.
- g) Del período comprendido entre el 01 de julio al 32 de julio de 2024, radicado 20246307214372 del 01 de agosto de 2024.
- h) Del período comprendido entre el 01 de agosto de 2024 al 31 de agosto de 2024, radicado 20246307686112 del 02 de septiembre de 2024.
- i) Del período comprendido entre el 01 de septiembre de 2024 al 30 de septiembre de 2024, radicado 20246308176972 del 01 de octubre de 2024.
- j) Del período comprendido entre el 01 de octubre de 2024 al 31 de octubre de 2024, radicado 20246308710932 del 01 de noviembre de 2024.
- k) Del período comprendido entre el 01 de noviembre de 2024 al 30 de noviembre de 2024, radicado 20246309245282 del 02 de diciembre de 2024.
- l) Del período comprendido entre el 01 de diciembre de 2024 al 31 de diciembre 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		
		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 50%; text-align: center;">Cumple</th> <th style="width: 50%; text-align: center;">No Cumple</th> </tr> </table>	Cumple	No Cumple
Cumple	No Cumple			
	TARJETA DE ACCESO	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">☒</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">☐</td> </tr> </table>	☒	☐
☒	☐			
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, firma:				
 LUZ MARINA REYES ZAMBRANO Supervisor o interventor				
Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., 31/12/2024				