

	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-085-2024			
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	Eliana Moreno Gonzalez			
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	19/01/2024	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. 16933 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 cobro efectivo de las sumas que le adeuden a la Entidad, por todo concepto, cumpliendo con el reparto entregado.	Durante este periodo se proyectaron respuestas a derechos de petición y los siguientes actos administrativos: resoluciones de terminación del proceso administrativo de cobro coactivo y levantamiento de medidas cautelares y resolución que resuelve recurso de reposición interpuesto en contra del acto administrativo que resuelve excepciones.	Relación de documentos en carpeta comprimida con las respuestas a los derechos de petición y las resoluciones proyectadas.	N/A
2	Apoyar al Grupo de Cobro Coactivo a resolver las excepciones, objeciones, peticiones y recursos de reposición que se puedan presentar dentro del proceso de cobro coactivo y/o de determinación del deudor, 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.	Durante este periodo se realizó el análisis jurídico y legal de los derechos de petición asignados, emitiéndose las respectivas respuestas de fondo. En los casos en los cuales no ameritaba respuesta de fondo por tener duplicidad o por ser de carácter informativo, se procedió a cerrar los radicados con NRR.	Relación de documentos en carpeta comprimida con las respuestas a los derechos de petición, las resoluciones proyectadas y los insumos técnicos solicitados.	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

		Adicionalmente, proyectaron treinta resoluciones relacionadas con la terminación del proceso de cobro coactivo y levantamiento de medidas cautelares, y resolución que resuelve recurso de reposición interpuesto contra el acto administrativo que resolvió las excepciones. De otro lado, se proyectó un (1) insumo técnico relacionado con una solicitud de conciliación, requerida por el grupo de Prejudicial de la OAJ.		
3	Suministrar información para mantener actualizado el registro y gestión del Grupo en las bases de datos del Grupo de Cobro Coactivo de las actuaciones adelantadas dentro del proceso de Cobro Coactivo.	Se remite informe permanente de actividades para mantener actualizada la base de gestión de los procesos de cobro.	Información remitida a través de las herramientas establecidas.	N/A
4	Elaborar las respuestas en los términos establecidos en las peticiones y afines, recursos, excepciones y demás solicitudes que se realicen en desarrollo de los procesos de cobro coactivo.	En cumplimiento de esta actividad se gestionó el análisis jurídico y legal de los derechos de petición asignados, emitiéndose las respectivas respuestas de fondo. En los casos en los cuales no ameritaba respuesta de fondo por tener duplicidad o por ser de carácter informativo, se procedió a cerrar los radicados con NRR. Adicionalmente, se proyectaron resoluciones relacionadas con la terminación del proceso de cobro coactivo y levantamiento de medidas cautelares, y resolución que resuelve recurso de reposición interpuesto contra el acto administrativo que resolvió las excepciones.	Relación de documentos en carpeta comprimida con las respuestas a los derechos de petición y las resoluciones proyectadas.	N/A
5	Apoyar al grupo de cobro coactivo en el estudio 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 realizó estudio de bienes de los deudores, no se realizó celebración de acuerdos de pago ni constitución de garantías por cuanto no fueron asignadas estas actividades.	N/A	N/A
6	Apoyar en la actualización de los manuales de procedimiento que se requieran para adelantar las funciones del Grupo de Cobro Coactivo de la Oficina Asesora Jurídica de la ADRES.	Durante este periodo no se desarrolló actividad para el cumplimiento de esta obligación.	N/A	N/A
7	Adelantar las actividades para la elaboración, seguimiento y cumplimiento de los Planes de Mejoramiento.	Durante este periodo no se asignaron actividades para la elaboración, seguimiento y cumplimiento de los planes de mejoramiento.	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

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 proyectó un (1) insumo técnico relacionado con una solicitud de conciliación, requerida por el grupo de Prejudicial de la OAJ.	Envío de insumos según ordenes impartidas.	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 asignaron 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 relacionadas con el desarrollo, sostenimiento y mejoramiento continuo del Sistema Integrado de Gestión Institucional –SIGI-, supervisar su efectividad y la observancia de sus recomendaciones.	Las actividades asignadas se desarrollan en observancia de las recomendaciones del Sistema Integrado de Gestión Institucional-SIGI-.	N/A	N/A
11	Disponer y suministrar la información sobre las funciones 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.	Se presenta informe permanente sobre las funciones a cargo, a fin de mantener actualizada la base de los procesos de cobro en sus diferentes etapas para cuando sea requerida.	A través de correo electrónico se remitió la actualización del registro.	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 tramitaron las solicitudes asignadas, entre ellos, actos administrativos, respuestas a derechos de petición, memorandos internos, insumos técnicos de acuerdo con el reparto asignado e instrucciones impartidas. Se informó debidamente a los encargados.	La remisión de los documentos aludidos.	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 participe en la elaboración de los documentos técnicos necesarios para los procesos de contratación que requirió adelantar la Entidad respecto a los asuntos de su competencia.	N/A	N/A
14	Brindar atención presencial y telefónica o por los medios de entrada y/o salida que indique la entidad, con el objetivo de resolver inquietudes de los usuarios según corresponda.	Durante este periodo se proyectaron las respuestas a los derechos de petición de interés particular y de información, radicados a través del Orfeo por los ciudadanos.	Relación de documentos en carpeta comprimida con las respuestas a los derechos de petición.	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

15	Las demás obligaciones asignadas por el supervisor y que correspondan a la naturaleza de su objeto.	Durante este periodo se cumplieron las órdenes impartidas por la supervisión y la coordinación del Grupo de Cobro Coactivo, respecto de las gestiones y labores a realizar.	Las actividades se realizaron de manera remota y de forma presencial.	
----	---	---	---	--

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	Valor Pagado	Valor a Pagar	Saldo Liberado	Saldo por Pagar
\$99.450.552	\$86.190.478	\$8.287.546	\$0	\$4.972.528

La ADRES cancelará a la 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	82483607	\$415.000	01/11/2024	30/11/2024	10/12//2024
Pensión	82483607	\$531.200	01/11/2024	30/11/2024	10/12//2024
ARL	82483607	\$17.400	01/11/2024	30/11/2024	10/12//2024

El Contratista tiene otros Contratos de Prestación de Servicios:

SI ☐ NO ☒

En la eventualidad que la Supervisión verifique que la información suministrada por el Contratista no es consistente o carece de validez, ésta deberá indicar las acciones tomadas: Realizar una breve descripción del hallazgo (Adjuntar soportes)

INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN

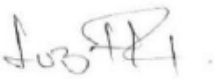
	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO	GCON-FR01
	FORMATO	INFORME DE CUMPLIMIENTO DE AVANCES DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y PAGO	VERSIÓN	03
			FECHA	10/05/2021

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. Cuenta de cobro o factura, según el Régimen sea Simplificado o Común. 3. Informe de Cumplimiento y Pago Final. 4. Certificado de Retención en la Fuente. 5. Certificaciones pago medicina prepagada. 6. Póliza de cumplimiento. 7. Captura de pantalla aplicativo Orfeo.

En constancia. firma:



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 efectúe 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 DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
	PERIODO SALUD				PERIODO PENSIONES	1
TOTAL A PAGAR						
2024-11	2024-11	I	10/12/2024	82483607	\$963.600	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	415.000	0		0		0	0	0	0	415.000	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
231001	Colfondos	800227940-6	531.200	0	0	0	0	0	0		531.200	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	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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	415.000	415.000
Pensión	1	531.200	531.200
Riesgos Laborales	1	17.400	17.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	963.600	963.600

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1024561189	ELIANA MORENO GONZALEZ		Calle 17 #30-55 Conjunto Ciprés T2- Apto. 200	8064379	elianamorenoy@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

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
					TOTAL A PAGAR
2024-11	2024-11	I	10/12/2024	82483607	\$963.600

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	IDE	MA	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	1024561189	MORENO GONZALEZ ELIANA	59	0			N																		231001	3.320.000	531.200	0	0	0	0	EPS017	3.320.000	415.000	14-23	3.320.000	1	17.400		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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: ELIANA MORENO GONZALEZ

IDENTIFICACIÓN: CC ☒ NIT ☒ No. 1.024.561.189

CONTRATO No.: 085 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/STE. (\$8.287.546).

POR CONCEPTO DE: SERVICIOS JURÍDICOS

DIRECCIÓN: Carrera 71 G No. 62 C 37 sur, apto.408, barrio valvanera, Bogotá D.C.

TELÉFONO: 313 399 5492



ELIANA MORENO GONZALEZ
C.C. 1.024.561.189

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

Contrato No.	ADRES-CPS-085-2024		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	Eliana Moreno Gonzalez		
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	19/01/2024	Fecha de Terminación	31/12/2024

Periodo del Informe de Actividades	Desde	19/01/2024	Hasta	31/12/2024
Adición y/o Prórroga	RP No. 16933 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 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.	\$86.190.478.
Valor Pendiente por pagar al Contratista	\$8.287.546
Valor para reintegrar o reintegrado por parte del Contratista.	\$0
Valor a liberar	\$4.972.528
Valor liberado	\$0
Valor total ejecutado	\$94.478.024

INFORME DE EJECUCIÓN				
Para garantizar el cumplimiento del objeto del contrato, según lo pactado, el contratista constituyó garantía única de cumplimiento con la Compañía de Seguros (Nombre de la aseguradora) como sigue:				
PÓLIZA No.	AMPAROS	VALORES ASEGURADOS	VIGENCIAS	
			FECHA INICIO	FECHA FINAL
14-46-101104664	Cumplimiento del Contrato	\$24.862.638	17/01/204	03/03/2025

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 19/01/2024 y el 31/01/2024- Radicado No. 20246304403252 del 01/02/2024.
 - b) Del período comprendido entre el 01/02/2024 y el 29/02/2024- Radicado No. 20246304861342 del 01/03/2024.
 - c) Del período comprendido entre el 01/03/2024 y el 31/03/2024- Radicado No. 20246305225152 del 01/04/2024.
 - d) Del período comprendido entre el 01/04/2024 y el 30/04/2024- Radicado No. 20246305772252 del 02/05/2024.
 - e) Del período comprendido entre el 01/05/2024 y el 31/05/2024- Radicado No. 20246306224752 del 04/06/2024.
 - f) Del período comprendido entre el 01/06/2024 y el 30/06/2024- Radicado No. 20246306677442 del 02/07/2024.
 - g) Del período comprendido entre el 01/07/2024 y el 31/07/2024- Radicado No. 20246307214692 del 01/08/2024.
 - h) Del período comprendido entre el 01/08/2024 y el 31/08/2024- Radicado No. 20246307686982 del 02/09/2024.
 - i) Del período comprendido entre el 01/09/2024 y el 30/09/2024- Radicado No. 20246308177312 del 01/10/2024.
 - j) Del período comprendido entre el 01/10/2024 y el 31/10/2024- Radicado No. 20246308711212 del 01/11/2024.
 - k) Del período comprendido entre el 01/11/2024 y el 30/11/2024- Radicado No. 20246309243162 del 02/12/2024.
 - l) Del período comprendido entre el 01/12/2024 y el 31/12/2024- Periodo actual.

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.

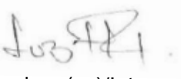
OBLIGACIÓN	VERIFICACIÓN	
	Cumple	No Cumple
TARJETA DE ACCESO	☒	☐

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



**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
Eliana Moreno González	C.C.1.024.561.189

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 6910, Tarifa ICA 8,66

Contrato de Prestación de Servicios Número: No. ADRES-CPS-085-2024

Fecha de Inicio: 19/01/2024 Fecha de Terminación: 31/12/2024.

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.

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 (*)

(*) 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 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, 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 UN MILLON TRESCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS TREINTA PESOS M/CTE



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

(\$1.374.430), (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,

Cédula de ciudadanía No. 1.024.561.189 de Bogotá
Bogotá D.C., 31 de diciembre de 2024.



MEDISANITAS S.A.S

Compañía de Medicina Prepagada

N.I.T. : 800.153.424-8

Medisanitas en línea 4871920 en Bogotá

y fuera de Bogotá 018000979020

CERTIFICADO DE PAGOS CONTRATO DE MEDICINA PREPAGADA

Bogotá, 16 de abril de 2024

A QUIEN CORRESPONDA

MEDISANITAS certifica, que durante el año gravable 2023, **ELIANA MORENO GONZALEZ** identificado (a) con CC No. **1024561189**, Titular del Contrato No.20605217503, pagó por concepto de vales y cuotas de Medicina Prepagada, por los siguientes usuarios:

APELLIDOS Y NOMBRES	DOCUMENTO	PARENTESCO	PERIODO	VR NETO	VALOR IVA	TOTAL
ELIANA MORENO GONZALEZ	CC 1024561189	TITULAR	01-07/31-12	\$1.282.600	\$64.130	\$1.346.730
POR CONCEPTO DE VALES VENDIDOS				\$26.381	\$1.319	\$27.700

LA SUMA DE: \$1.374.430 (UN MILLON TRESCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS TREINTA PESOS M/CTE)

De acuerdo con lo establecido en el numeral 4.2, artículo 1.2.4.1.6, del Decreto 1625 del 2016 (DUR), el monto máximo para disminuir de la base de retención de lo pagado por concepto de salud (medicina prepagada) es 16 UVT mensuales.

Este certificado se expide sin firma autógrafa de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 10 del decreto 836 de 1991 y el artículo 6 del decreto 4713 de 2005

Atentamente,

Subgerencia de la Vinculación Medicina Prepagada



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 14-46-101104664	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	17 01 2024		00:00	03 03 2025		23:59	ANEXO CAUSA PRIMA	

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL MORENO GONZALEZ, ELIANA	IDENTIFICACIÓN CC: 1024.561.189
DIRECCIÓN: CRA 71G 62C 37	CIUDAD: BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL TELÉFONO: 3133995492

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-085-2024 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	17/01/2024	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-085-2024 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
\$ *****14.508.00	\$ *****0.00	\$ *****2.756.00	\$ *****17.265.00	\$ *****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.

14-46-101104664

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas



FIRMA TOMADOR

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

OFICINA PRINCIPAL: CALLE 83 NO 19-10 TELEFONO: 601-2186977, 601-6019330

MIGUEL MORENOSUS 1



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 14-46-101104664		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			17 01 2024			00:00	03 03 2025			23:59	ANEXO CAUSA PRIMA						

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL MORENO GONZALEZ, ELIANA								IDENTIFICACIÓN CC: 1024.561.189		
DIRECCIÓN: CRA 71G 62C 37						CIUDAD: BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL			TELÉFONO: 3133995492	

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 \$ *****14,508.00	GASTOS EXPEDICIÓN \$ *****0.00	IVA \$ *****2,756.00	TOTAL A PAGAR \$ *****17,265.00	VALOR ASEGURADO TOTAL \$ *****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 - BOGOTA, D.C.



(415) 7709998021167 (8020) 11002116035920 (3900) 000000017265 (96) 20250802

REFERENCIA PAGO:

1100211603592-0

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 14-46-101104664		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			17 01 2024			00:00	03 03 2025			23:59	ANEXO CAUSA PRIMA				

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL MORENO GONZALEZ, ELIANA								IDENTIFICACIÓN CC: 1024.561.189			
DIRECCIÓN: CRA 71G 62C 37						CIUDAD: BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL			TELÉFONO: 3133995492		

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.

14-46-101104664

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

MIGUEL MORENOSUS



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 14-46-101104664	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	17 01 2024		00:00	30 06 2025		23:59	ANEXO DE PRORROGA	

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL MORENO GONZALEZ, ELIANA	IDENTIFICACIÓN CC: 1024.561.189
DIRECCIÓN: CRA 71G 62C 37	CIUDAD: BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL TELÉFONO: 3133995492

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-085-2024 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	17/01/2024	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-085-2024 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
\$ *****24.317.00	\$ *****8.000.00	\$ *****6.140.00	\$ *****38.458.00	\$ *****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.

14-46-101104664

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 BOGOTÁ, D.C.			SUCURSAL CHAPINERO				COD.SUC 14		NO.PÓLIZA 14-46-101104664		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			17 01 2024			00:00	30 06 2025			23:59	ANEXO DE PRORROGA	

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL MORENO GONZALEZ, ELIANA								IDENTIFICACIÓN CC: 1024.561.189		
DIRECCIÓN: CRA 71G 62C 37						CIUDAD: BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL			TELÉFONO: 3133995492	

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	
\$ *****24,317.00	\$ *****8,000.00	\$ *****6,140.00	\$ *****38,458.00	\$ *****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 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

FORMA DE PAGO

BANCO	CHEQUE No.	VALOR
EFFECTIVO		
CHEQUE		
TOTAL \$		

RACIÓN

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



(415) 7709998021167 (8020) 11002116035938 (3900) 000000038458 (96) 20250116

REFERENCIA PAGO:

1100211603593-8

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 14-46-101104664		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			17 01 2024			00:00	30 06 2025			23:59	ANEXO DE PRORROGA				

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL MORENO GONZALEZ, ELIANA								IDENTIFICACIÓN CC: 1024.561.189			
DIRECCIÓN: CRA 71G 62C 37						CIUDAD: BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL			TELÉFONO: 3133995492		

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.

14-46-101104664

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

MIGUEL MORENOSUS

■ Consultas

■ Bandejas

General (Todos)

Entrada (/)

Salida (/)

Interna (/)

Vo.Bo. (/)

Devueltos (/)

PQRSO (/)

Borradores (0)

Informados (0)

Agendados (0)

Agendados vencidos(0)

■ Personales

 **Bandeja** Carpeta de Entrada

Buscar Radicados

 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

