

	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.	0366 de 2024		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	CRISTIAN RAÚL GAVIRIA ARAQUE		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	Mónica Yorlany Torres Sánchez	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	1/02/2024	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. 16945 del 02 08 2024 _ADICION- 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				
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, se proyectaron resoluciones, y oficios para adelantar procesos de cobro coactivo.	02 insumos para tutela. 20 resoluciones con orden de ejecución y trámite de notificación. 06 resoluciones de liquidación de crédito. 02 resoluciones con orden de terminación y trámite de notificación 01 resolución con orden de levantamiento de embargo cuenta nomina SMLMV.	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

			27 respuestas frente a peticiones. 01 memorandos devolución mayores valores. 01 actualización formatos de oficios de embargos y desembargos. 01 investigación frente a transferencias de propiedad para insumo de tutela.	
2	Apoyar al Grupo de Cobro Coactivo en resolver las excepciones, objeciones, peticiones y recursos de reposición que se puedan presentar dentro del proceso 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.	Durante este periodo se resolvieron reposiciones y peticiones contra cobro, relacionados con procesos administrativos de cobro coactivo.	27 respuestas frente a peticiones.	N/A
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 no se suministró información relacionada con las respuestas emitidas frente a peticiones.	N/A.	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 proyección de respuestas frente a peticiones frente a escritos con excepciones.	02 insumos para tutela. 20 resoluciones con orden de ejecución y trámite de notificación. 06 resoluciones de liquidación de crédito. 02 resoluciones con orden de terminación y trámite de notificación 01 resolución con orden de levantamiento de embargo cuenta nomina SMLMV. 27 respuestas frente a peticiones.	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

			01 memorandos devolución mayores valores. 01 actualización formatos de oficios de embargos y desembargos. 01 investigación frente a transferencias de propiedad para insumo de tutela.	
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 se realizaron estudios para determinar viabilidad de acuerdo de pago.	01 estudios de bienes.	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 ejecutó la actividad.	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
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 no se elaboraron insumos técnicos frente a las tutelas incoadas y cumplimientos de fallo.	01 investigación frente a transferencias de propiedad para insumo de tutela.	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	Durante este periodo no se asignaron actividades		

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

	mejoramiento continuo del Sistema Integrado de Gestión Institucional -SIGI-, supervisar su efectividad y la observancia de sus recomendaciones.	relacionadas con el desarrollo, sostenimiento y mejoramiento del SIGI.	N/A	N/A
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 no se ejecutó esta actividad.	N/A	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 frente a las peticiones y solicitudes asignados.	02 insumos para tutela. 20 resoluciones con orden de ejecución y trámite de notificación. 06 resoluciones de liquidación de crédito. 02 resoluciones con orden de terminación y trámite de notificación 01 resolución con orden de levantamiento de embargo cuenta nomina SMLMV. 27 respuestas frente a peticiones. 01 memorandos devolución mayores valores. 01 actualización formatos de oficios de embargos y desembargos. 01 investigación frente a transferencias de propiedad para insumo de tutela.	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 se ejecutó esta actividad.	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, brindé atención presencial y telefónica a las inquietudes elevadas por 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.

Cristian Raúl Garmindo Araque

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	\$82.875.460	\$8.287.546	\$0	\$8.287.546

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	82609038	\$414.500	1/12/2024	31/12/2024	12/12/2024
Pensión	82609038	\$594.100	1/12/2024	31/12/2024	12/12/2024
ARL	82609038	\$17.300	1/12/2024	31/12/2024	12/12/2024

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

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.

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

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. Cuenta de cobro o factura, según el Régimen sea Simplificado o Común.

En constancia, firmo:



MÓNICA YORLANY TORRES SÁNCHEZ
Supervisor.

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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1032450443	CRISTIAN RAUL GAVIRIA ARAQUE		CALLE 112 15B 17	3012689161	CRISTIANRAULGAVIRIA@HOTMAIL.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 (DÍA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
82595184	11/12/2024				EMPLEADOS
					UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				10
2024-12	2024-12	N	12/12/2024	82609038	TOTAL A PAGAR
					\$1.025.900

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	414.500	0		0		0	0	0	0	414.500	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	31.800	31.800	0	0		594.100	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	17.300				17.300	0	0	17.300			173	17.300	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre				NIT	Valor Aporte	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	414.500	414.500
Pensión	1	594.100	594.100
Riesgos Laborales	1	17.300	17.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.025.900	1.025.900

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1032450443	CRISTIAN RAUL GAVIRIA ARAQUE		CALLE 112 15B 17	3012689161	CRISTIANRAULGAVIRIA@HOTMAIL.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
82595184	11/12/2024				EMPLEADOS
					UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2024-12	2024-12	N	12/12/2024	82609038	\$1.025.900

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES											
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Extranjero	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IDE	UMA	UMA	UMA	UMA	UMA	UMA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización/ 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	1032450443	GAVIRIA ARAQUE CRISTIAN RAUL	59	0		N																		25-14	6.351.519	1.016.300	0	0	31.800	31.800	EPS010	6.351.519	794.000	14-23	6.351.519	1	33.200		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: CRISTIAN RAÚL GAVIRIA ARAQUE

IDENTIFICACIÓN: CC ☒ **NIT** ☐ **No.** 1.032.450.443

CONTRATO No.: 0366 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: SERVICIOS JURÍDICOS

DIRECCIÓN: Calle 112 # 15B 17, apartamento 506.

TELÉFONO: 3012689161



CRISTIAN RAÚL GAVIRIA ARAQUE
C.C 1032450443



**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
Cristian Raúl Gaviria Araque	1.032.450.443

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 6901, Tarifa ICA 8,66

Contrato de Prestación de Servicios Número: No. ADRES-CPS- 0366 de 2024.

Fecha de Inicio: 1/02/2024, 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.
- 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.



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

- 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 5700407700232498 de Davivienda, según certificación del año gravable 2023; anexa al presente, lo anterior para efectos de la aplicación de la retención a que haya lugar de conformidad con el Estatuto Tributario vigente y normas reglamentarias, en particular lo establecido en el artículo 387 del estatuto tributario nacional, párrafo 1, hasta 100 uvt mensuales.
- 5. Declaro que soy titular de la cuenta AFC No. _____ del Banco _____, a la cual consigno mensualmente la suma de (\$) _____, de la cual anexo la certificación bancaria. Lo anterior con el objeto de acceder a disminución de la base de retención en la fuente en el documento equivalente anexo al desembolso en mención, de conformidad con lo consagrado en el artículo 126-4 del Estatuto Tributario, y además disposiciones legales vigentes.
- 6. Declaro que mensualmente consigno a pensiones voluntarias _____ la suma de (\$) _____, de la cual anexo certificación del Fondo de Pensiones. Lo anterior con el objeto de acceder a disminución de la base de retención en la fuente, de conformidad con lo consagrado en el artículo 126-1 del Estatuto Tributario, y además disposiciones legales vigentes.

Nota: Para los numerales 5 y 6 la sumatoria de los aportes no debe exceder del 30% del ingreso laboral.

-
- 7. Declaro que consigné a Medicina prepagada, servicios complementarios de salud, la suma de (\$), (anexo certificación del año inmediatamente anterior) que no supera las 16 UVT mensuales.
 - 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,



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

Firma:

Cédula de ciudadanía No. 1032450443 de Bogotá D.C.
Bogotá D.C., 31 de diciembre de 2024.



BANCO DAVIVIENDA S.A. Nit 860.034.313-7
Avenida El Dorado No. 68C-61 Piso 1, Bogotá

Cliente: **CRISTIAN RAUL GAVIRIA ARAQUE**

Identificación: C.C 1032450443

Ciudad donde se consignó la retención en la fuente de renta y GMF: **Bogotá**

Fecha de solicitud: 2024-03-20

Fecha de expedición: 2024-03-15

PRODUCTOS HIPOTECARIOS

PRODUCTO	NÚMERO DE PRODUCTO	FECHA DE INICIO DEL CREDITO	MONTO INICIAL	SALDO AL 31.DIC 2022	SALDO AL 31.DIC.2023	PAGOS O CANONES DEL PERIODO	VALOR UVR Y/O INTERESES PAGADOS O COSTOS FINANCIEROS	DEDUCCIÓN INDIVIDUAL MÁXIMA AÑO .2023	VALOR GRAVAMEN A LOS MOVIMIENTOS FINANCIEROS*
CRÉDITO HIPOTECARIO	5700407700232498	15/12/2020	\$84,000,000.00	\$79,599,210.46	\$76,731,266.75	\$12,364,983.00	\$8,859,417.70	\$8,859,417.70	\$0.00
TOTALES	1		\$84,000,000.00	\$79,599,210.46	\$76,731,266.75	\$12,364,983.00	\$8,859,417.70	\$8,859,417.70	\$0.00

Las deducciones en prestamos de vivienda y leasing Habitacional no se pueden solicitar como beneficios en forma concurrente Artículo 1.2.1.1.6 del Decreto 1625 de 2016

INFORMACION ADICIONAL

De acuerdo al Artículo 1.6.1.12.12 del Decreto 1625 de 2016, los certificados expedidos en forma continua por computador no Requieren firma Autógrafa
Esta certificación incluye todos los productos vigentes y cancelados poseídos durante el año certificado.
Recuerde: El Decreto 2229 del 22 de diciembre del 2023 establece quienes son declarantes de renta para el año 2023.
En este mismo decreto se establecen los plazos para declarar y pagar el impuesto sobre la renta y complementarios
Estimado cliente. Si ademas usted fue proveedor del Banco, puede realizar la solicitud de los certificados en la direccion infoprov@davivienda.com
La tarifa de retencion en la fuente aplicada a las operaciones con tarjetas debito y/o credito corresponde al 1.5% y el 0.001% para el caso de combustibles
Estimado cliente. Si usted figura como segundo titular de algún producto, en la sección de Segundos titulares, encontrará los datos totales del producto; los cuales son de carácter informativo. Esta información se debe tomar según su % de participación.
Direccion del Banco para notificaciones: Cl 28 13 A 15 MN
Estimado cliente del Régimen simple. Si usted reportó al Banco su condición tributaria durante el año.
El Banco Davivienda S.A. se permite certificar la totalidad de las Operaciones de consignación realizadas por mecanismos electrónicos.
Cumpliendo con lo establecido en el artículo 1.5.8.3.5 del Decreto 1091 del 03 de agosto del 2020.
Recuerde, para la procedencia del descuento en la determinación del impuesto SIMPLE, los valores tomados deben corresponder a pagos por concepto de venta de bienes y/o servicios.

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

Contrato No.	0366 de 2024		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	CRISTIAN RAÚL GAVIRIA ARAQUE		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	MÓNICA YORLANY TORRES SÁNCHEZ	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	01/02/2024	Fecha de Terminación	31/12/2024

Periodo del Informe de Actividades	Desde	1/02/2024	Hasta	31/12/2024
Adición y/o Prórroga	RP No. 16945 del 02 08 2024 _ADICION- Adición por valor de \$33.150.184 y prórroga hasta el 31/12/2024.			
Suspensión	No aplica			
Cesión	No aplica			
Terminación	No aplica			

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.	\$ 82.875.460
Valor Pendiente por pagar al Contratista	\$8.287.546
Valor para reintegrar o reintegrado por parte del Contratista.	0
Valor a liberar	\$8.287.546
Valor liberado	0
Valor total ejecutado	\$91.163.006

INFORME DE EJECUCIÓN

Para garantizar el cumplimiento del objeto del contrato, según lo pactado, el contratista constituyó garantía única de cumplimiento con la Compañía de Seguros SEGUROS DEL ESTADO como sigue:

PÓLIZA No.	AMPAROS	VALORES ASEGURADOS	VIGENCIAS	
			FECHA INICIO	FECHA FINAL
14-46-101107201	CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	\$ 16.575.092,00	31/01/2024	25/03/2025
14-46-101107201	CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	\$ 24.862.638,00	05/08/2024	25/03/2025

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 1 febrero al 29 de febrero de 2024
 - b) Del período comprendido entre el 1 marzo al 31 de marzo de 2024
 - c) Del período comprendido entre el 1 abril al 30 de abril de 2024
 - d) Del período comprendido entre el 1 mayo al 31 de mayo de 2024
 - e) Del período comprendido entre el 1 junio al 30 de junio de 2024
 - f) Del período comprendido entre el 1 julio al 31 de julio de 2024
 - g) Del período comprendido entre el 1 agosto al 31 de agosto de 2024
 - h) Del período comprendido entre el 1 septiembre al 30 de septiembre de 2024
 - i) Del período comprendido entre el 1 octubre al 31 de octubre de 2024
 - j) Del período comprendido entre el 1 noviembre al 30 de noviembre de 2024
 - k) Del período comprendido entre el 1 diciembre 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	
	Cumple	No Cumple
Entrega de bases actualizadas	☒	☐

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
---------------	-----------

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

En constancia, firmo:



MÓNICA YORLANY TORRES SÁNCHEZ

Supervisor (es)/Interventor (es)

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