Contrato No.	152-2020		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	RUBEN DARIO SUAREZ VARGAS		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	William Enrique Torres Rodríguez	Teléfono / Extensión	
Dependencia	Dirección de Otras Prestaciones		
Objeto del Contrato	Prestar servicios profesionales a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES, en las actividades relacionadas con el análisis de información y verificación de soportes de las reclamaciones por eventos catastróficos de origen natural, terroristas y accidentes de tránsito y de las solicitudes de recobros por tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios de acuerdo con las resoluciones No. 2966 de 2019 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social y No. 41656 de 2019 expedida por la ADRES y las que las modifiquen o sustituyan, así como apoyar a la dirección en las actividades que se deriven del proceso de Reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa, alistamiento de la información para pre-cierre y cierre de los paquetes.		
Fecha de Inicio	24/03/2020	Fecha de Terminación	01/06/2020

Periodo del Informe de Actividades	Desde	1/06/2020	Hasta	01/06/2020
Adición y/o Prórroga	N/A			
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	Analizar las reclamaciones, recobros o cuentas que le sean asignadas junto con los respectivos soportes.	En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación	En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación	N/A

2	Llevar a cabo la verificación de los soportes requeridos para la presentación de los documentos aportados por el reclamante y emitir observaciones a las causales de objeción aplicables por este concepto cuando haya lugar.	En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación	En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación	N/A
3	Registrar los resultados de las tareas adelantadas, en las herramientas de sistemas y/o formatos aplicables, de acuerdo con los alcances e instrucciones definidas por el supervisor del contrato.	En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación	En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación	N/A
4	Adelantar las actividades relacionadas con el proceso de reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa, que el supervisor le asigne, en virtud del artículo 7º de la Ley 1949 de 2019.	En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación	En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación	N/A
5	Realizar las actividades relacionadas con el alistamiento de la información para el pre cierre y cierre de los paquetesde recobros y reclamaciones y/o cuentas que le sean asignadas.	Se adelanto el ajuste de 36 cuentas para el pre-cierre del paquete de personas naturales.	Se adjunta archivo PDF, con las capturas de pantalla de correo donde se solicitó la asignación para ajuste; en la carpeta obligación contractual 5	N/A

6	Brindar apoyo a la gestión en las actividades de seguimiento y monitoreo del proceso de Recobros y Reclamaciones, a través de la validación de la consistencia de la información generada a partir de las fuentes internas y externas.	En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación.	En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación	N/A
7	Emitir las observaciones y/o recomendaciones a que haya lugar relacionadas con los criterios de auditoría y su aplicación en las cuentas de reclamaciones y/o recobros asignados, las cuales deberán estar sustentadas técnica y jurídicamente.	En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación	En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación	N/A
8	Efectuar la revisión de calidad de la auditoría de los recobros y reclamaciones, según sea requerido.	En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación.	En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación.	N/A
9	Las demás actividades que se deriven del objeto y naturaleza del contrato, que para el efecto le asigne el supervisor del contrato.	1) En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación	En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación	N/A

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

RUBEN DARÍO SUAREZ VARGAS
Firma del Contratista
Fecha: 08/06/2020

BALANCE ECONÓMICO

Valor Total Contrato (Inicial + Adición)	Valor Pagado	Valor a Pagar	Saldo Liberado	Saldo por Pagar
$ 18.253.276	$ 10.191.412	$ 152.111	0.00	$ 7.909.753

La ADRES cancelará al CONTRATISTA, la suma DE CIENTO CINCUENTA Y DOS MIL CIENTO ONCE PESOS ($152.111)

PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL PERSONAS NATURALES
Mes de ejecución contractual

CONCEPTO	PLANILLA No.	VALOR	PERIODO		FECHA DE PAGO
			DESDE	HASTA	
Salud	9406769466	228.200	01/05/2020	31/05/2020	01/06/2020
Pensión	9406769466	292.100	01/05/2020	31/05/2020	01/06/2020
ARL	9406769466	9.600	01/05/2020	31/05/2020	01/06/2020

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:

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.

OBSERVACIONES	
ANEXOS	1. Comprobante del pago de los Aportes respectivos al Sistema de Seguridad Social Integral en Salud y Pensiones y/o Aportes Parafiscales por parte del Contratista; cuando aplique, o Certificación del cumplimiento de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral en Salud y Pensiones y/o Aportes Parafiscales; cuando aplique. 2. Formato de deducciones para efectos de retención en la fuente, suministrado por la entidad. 3. Cuenta de cobro o factura, según el Régimen (Simplificado o Común). 4. Medio Magnético con las actividades realizadas de acuerdo con las obligaciones, productos y/o informes, estipulados en el Contrato o Convenio en mención. 5. En caso de primer pago debe aportar: Los soportes y el formato de deducciones para efectos de retención en la fuente.

En constancia, firmo:

WILLIAM ENRIQUE TORRES RODRIGUEZ
Supervisor o interventor

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

Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., 08/06/2020

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

CIUDAD: Bogota D.C.

FECHA: 8/06/2020

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: RUBEN DARIO SUAREZ VARGAS

IDENTIFICACIÓN: **CC** ☑ **NIT** ☐ **No.** 1.020.775.947

CONTRATO No.: 152 de 2020

OBJETO: Prestar servicios profesionales a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES, en las actividades relacionadas con el análisis de información y verificación de soportes de las reclamaciones por eventos catastróficos de origen natural, terroristas y accidentes de tránsito y de las solicitudes de recobros por tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios, así como apoyar a la Dirección en las actividades que se deriven del proceso de reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa, alistamiento de la información para pre cierre y cierre de los paquetes.

PERIODO COMPRENDIDO DESDE: 1/06/2020 **HASTA:** 1/06/2020

LA SUMA DE: CIENTO CINCUENTA Y DOS MIL CIENTO ONCE PESOS ($152.111)

POR CONCEPTO DE HONORARIOS

DIRECCIÓN: Carrera 5 D 189-17

TELÉFONO: 3006529814

Ruben Suarez Vargas

FIRMA
C.C 1020775947

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1020775947		SUAREZ VARGAS RUBEN DARIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 5d 189-17	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6777223	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-05	2020-05	640381530	9406769466	I	2020/06/10	2020/06/01	BANCOLOMBIA	0	$529,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,825,328	$292,100			$1,825,328	$228,200			$0	$0			$1,825,328	$9,600		$0	$0		$529,900
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,825,328	$292,100			$1,825,328	$228,200			$0	$0			$1,825,328	$9,600		$0	$0		$529,900
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$1,825,328	$292,100			$1,825,328	$228,200			$0	$0			$1,825,328	$9,600		$0	$0		$529,900
1	CC	1020775947	SUAREZ RUBEN								X									230201	30	$1,825,328	$292,100	EPS010	30	$1,825,328	$228,200		0	$0	$0	14-23	30	$1,825,328	$9,600	0	$0	$0	No	$529,900
Total		**Afiliados(1)**																				$1,825,328	$292,100			$1,825,328	$228,200			$0	$0			$1,825,328	$9,600		$0	$0		$529,900

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1020775947		SUAREZ VARGAS RUBEN DARIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 5d 189-17	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6777223	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-05	2020-05	640381530	9406769466	I	2020/06/10	2020/06/01	BANCOLOMBIA	0	$529,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$292,100	$0	$0	$292,100
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$292,100	$0	$0	$292,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,600	$0	$0	$9,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,600	$0	$0	$9,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$228,200	$0	$0	$228,200
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$228,200	$0	$0	$228,200
TOTAL				**1**	**$529,900**	**$0**	**$0**	**$529,900**

CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2020

Nombres y Apellidos	No. Identificación
Ruben Darío Suarez Vargas	1020775947

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

Régimen del impuesto sobre las ventas al que pertenezco: COMUN ☐ SIMPLIFICADO ☒

Código Actividad Económica _7490__ Tarifa ICA __9.66___

Contrato de Prestación de Servicios Número: No_ 152-2020 _

Fecha de Inicio: _24/03/2020_ Fecha de Terminación: __01/06/2020__

Valor total del Contrato: $ _18.253.276 Prórroga: SI ☐ NO ☒

Valor mensual por concepto de Honorarios: $4.563.319

1. Declaro bajo gravedad de juramento que para desarrollar la actividad por prestación de Honorarios y por compensación por servicios personales, no he contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados, por lo cual solicito aplicar la retención en la fuente del Art. 383, servicio clasificado como Renta de trabajo según el artículo 103 del Estatuto Tributario. De la misma manera, en el momento en que contrate o vincule dos (2) o más trabajadores asociados a mi actividad económica, me comprometo a informarles.

2. Declaro bajo gravedad de juramento en el marco de lo estipulado en el Decreto 099 de 2013, Artículo 387 del Estatuto Tributario, 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 de la norma precitada, para lo cual adjunto documentación que así lo certifica:

TIPO DE DOCUMENTO	No. DE DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	CALIDAD DEPENDIENTE (*)
-	-	--	-

CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2020

(*) CALIDAD DEPENDIENTES

a) Hijos que tienen hasta 18 años de edad y dependen económicamente de mí.
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) Hijos mayores de 23 años que se encuentran en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos 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 _____(Vacío)_____ identificado (a) con la C.C. No. __(Vacío)___ 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 no tengo vigente ningún crédito hipotecario.

5. Declaro que no soy titular de ninguna cuenta AFC.

6. Declaro que mensualmente consigno a pensiones voluntarias ciento cuarenta mil quinientos pesos $ 140.500, 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, modificado por el artículo 23 de la ley 633 de 2000, y además disposiciones legales vigentes.

CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2020

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

7. Declaro que no consigno a Medicina prepagada.

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 1020.775.947 De Bogotá
Bogotá D.C. 01 de junio de 2020