Contrato No.	ADRES-CPS-490-2025		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	GINA PAOLA GORDILLO CLAVIJO		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	CAMILO ALBERTO ALFARO JIMENEZ	**Teléfono / Extensión**	
Dependencia	DIRECCIÓN DE OTRAS PRESTACIONES (DOP)		
Objeto del Contrato	Prestar apoyo a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES en las actividades relacionadas con los procesos de reconocimiento y pago de servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC o con presupuestos máximos y/o servicios complementarios, reclamaciones de servicios médicos, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito ocasionados por vehículos sin identificar o sin SOAT o con póliza SOAT a tarifa diferencial por riesgo, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social; lo anterior, conforme a lo establecido en la normativa y manuales vigentes. ID-064-DOP		
Fecha de Inicio	26/02/2025	**Fecha de Terminación**	25/10/2025

Periodo del Informe de Actividades	**Desde**	01/09/2025	**Hasta**	30/09/2025
Fecha Suscripción Adición				
RP Adición				
Valor RP Adición				
Fecha Suscripción Prórroga				
Fecha Inicio Prorroga				
Fecha Final Prorroga				
Fecha Suscripción Suspensión				
Fecha Inicio Suspensión				
Fecha Final Suspensión				
Fecha Suscripción Cesión				
RP Cesión				

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	Realizar la revisión y verificación de la correcta aplicación de los criterios de auditoria establecidos del conjunto de cuentas y los soportes presentados ante la ADRES por los servicios y tecnologías no financiados con la UPC ni presupuestos máximos y/o servicios complementarios, así como, por reclamaciones de servicios médicos, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito ocasionados por vehículos sin identificar o sinSOAT o sin SOAT o con póliza SOAT a tarifa diferencial por riesgo, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social; lo anterior, conforme a lo establecido en la normatividad y manuales vigentes en las herramientas de sistemas y/o formatos aplicables de acuerdo con los alcances e instrucciones definidas por la respectiva Coordinación de Grupo.	Se apoyo en la validación de 33 reclamaciones de personas naturales en el área de radicación.	Se anexa archivo en Excel; Matriz radicación persona naturalSubcarpeta: OBLIGACION1	N/A
2	Cumplir con las metas de productividad en el proceso de la verificación y auditoría de recobros, reclamacionesy cuentas que le sean asignadas para dar cumplimiento a los términos establecidos normativamente y/o a losindicados por el supervisor del contrato y/o la respectiva Coordinación	Se cumplió con las metas de productividad en validación radicación de reclamaciones persona natural y descargue de imágenesValidación; 33Radicación; 20Descargue de imágenes ;9Captura;20	Se anexa archivo en Excel ; Matriz radicación persona naturalSubcarpeta: OBLIGACION2	N/A

	Obligación contractual	Actividad desarrollada	Producto y/o Entregables	Alertas, inconvenientes o situaciones especiales que afectan el cumplimiento de la obligación
	de Grupo.			
3	Apoyar en la elaboración de oficios y demás documentos que se requieran durante el trámite de verificación de las reclamaciones, recobros o cuentas que le sean asignadas.	Para el periodo en mención no se asignó tareas correspondientes a esta obligación	N/A	N/A
4	Participar activamente en las capacitaciones, reuniones, conciliaciones y/o mesas de trabajo programadas.5.	Para el periodo en mención no se asignó tareas correspondientes a esta obligación	N/A	N/A
5	Reportar cualquier situación inconsistente y/o anómala identificada en la revisión documental de las solicitudes de recobros o reclamaciones y documentarla según lo observado en su labor de verificación.6.	Para el periodo en mención no se asignó tareas correspondientes a esta obligación	N/A	N/A
6	Las demás actividades que se deriven del objeto y naturaleza del contrato que para el efecto le asigne elsupervisor del contrato.	Para el periodo en mención no se asignó tareas correspondientes a esta obligación	N/A	N/A

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

_____

GINA PAOLA GORDILLO CLAVIJO
Fecha: 02/10/2025

BALANCE ECONÓMICO

Valor Total Contrato (Inicial + Adición)	Valor Pagado	Valor a Pagar	Saldo Liberado	Saldo por Pagar

COP $ 37.764.064,00	COP $ 29.109.799,33	COP $ 4.720.508,00	COP $ 0,00	COP $ 3.933.756,67

La ADRES cancelará al CONTRATISTA, la suma de Cuatro Millones Setecientos Veinte Mil Quinientos Ocho Pesos Moneda Corriente ($4.720.508,00)

CONCEPTO	PLANILLA No.	ENTIDAD	VALOR	PERIODO	
				DESDE	HASTA
ARL	89809638	positiva	9.900,00	01/09/2025	30/09/2025
Pensión	89809638	porvenir	302.400,00	01/09/2025	30/09/2025
Salud	89809638	compensar	236.300,00	01/09/2025	30/09/2025

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.
4. Verifique la matriz de riesgos del contrato y se estableció, que no se ha materializado ninguno de los riesgos.

OBSERVACIONES	N/A
ANEXOS	1. Comprobante del pago de los Aportes respectivos al Sistema de Seguridad Social Integral en Salud y Pensiones y/o Aportes Parafiscales por parte del Contratista. 2. Formato de deducciones para efectos de retención en la fuente, suministrado por la entidad. 3. Soportes contractuales cargados en la sección 7 del contrato electrónico (Formato comprimido). 4. Cuenta de cobro o factura, según el Régimen sea Simplificado o Común. a. Si el contratista está obligado a facturar electrónicamente, deberá presentar la factura electrónica validada previamente por la DIAN, como requisito necesario para el pago de los bienes y/o servicios contratados, conforme con las disposiciones señaladas en el Decreto 358 del 5 de marzo de 2020, en concordancia, con lo

	dispuesto en la Resolución No. 000042 del 5 de mayo de 2020 5. En caso de primer pago debe aportar: a. Los soportes relacionados en el formato de deducciones para efectos de retención en la fuente.

En constancia, firmo:

CAMILO ALBERTO ALFARO JIMENEZ

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., 02/10/2025