Contrato No.	ADRES-CPS-248-2020		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	Sandra Ximena Delgadillo Rojas		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	MAYRA ALEJANDRA BEJARANO	**Teléfono / Extensión**	3144241435
Dependencia	Direccion de otras prestaciones		
Objeto del Contrato	Prestar apoyo técnico a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES, en las actividades relacionadas con 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.		
Fecha de Inicio	14/07/2020	**Fecha de Terminación**	31/12/2020

Periodo del Informe de Actividades	**Desde**	1/09/2020	**Hasta**	30/09/2020
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	Llevar a cabo la verificación de los soportes aportados en las reclamaciones por eventos catastróficos de origen natural, terroristas y accidentes de tránsito, en concordancia con la normativa vigente	se realiza la verificacionde reclamaciones asignadas archivo de consistencia en reclamaciones llamado distribución nueva G4-G5 auditandose 2853 item 111 reclamaciones	Se entrego base de Excel con reclamacines realizadas a personas correspondientes a diario180 item	N/A
2	Realizar la verificación de los soportes aportados enlas solicitudes de recobros por tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud	En el periodo ejecutorio no se realizaron estas actividades	N/A	N/A

3	Verificar la aplicación de los criterios de auditoría señalados en el marco normativo y los manuales correspondientes, validando la calidad del conjunto de recobros y/o reclamaciones que correspondan a la muestra seleccionada de los paquetes auditados directamente por la Entidad o por los terceros contratados para el trámite de las cuentas por servicios y tecnologías no financiados con la UPC.	En el periodo ejecutorio no se realizaron estas actividades	N/A	N/A
4	. 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 y/o la respectiva Coordinación de Grupo	SE REGISTRA PRODUCCION A DIARIO DE 180 IETM PERSONAS A CARGO ,	se realiza la verificacionde reclamaciones asignadas archivo de consistencia en reclamaciones llamado distribución nueva G4-G5 auditandose 2853 item 111 reclamaciones	
5	Analizar y documentar de los hallazgos evidenciados en las revisiones de calidad, como mecanismo de retroalimentación a los auditores de recobros y/o reclamaciones	En el periodo ejecutorio no se realizaron estas actividades	N/A	N/A
6	Analizar y proponer métodos que permitan la ejecución eficiente y eficaz del proceso de verificación de la calidad de la auditoría	En el periodo ejecutorio no se realizaron estas actividades	N/A	N/A
7	Apoyar en la ejecución del plan de capacitación y participación en la elaboración de evaluaciones de conocimiento.	En el periodo ejecutorio no se realizaron estas actividades	N/A	N/A
8	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.	En el periodo ejecutorio no se realizaron estas actividades	N/A	N/A
9	Garantizar la consistencia de valores y cantidades de los paquetes de recobros	En el periodo ejecutorio no se realizaron estas actividades	N/A	N/A

	y/o reclamaciones verificados			
10	Proyectar las comunicaciones y certificaciones de calidad que sean requeridas en el trámite de los paquetes verificados	En el periodo ejecutorio no se realizaron estas actividades	N/A	N/A
11	Apoyar la ejecución de las diferentes etapas del proceso integral de recobros y reclamaciones	En el periodo ejecutorio no se realizaron estas actividades	NA	NA
12	Participar activamente en las capacitaciones, reuniones, conciliaciones y/o mesas de trabajo programadas.	Se asistió virtualmente a tres capacitaciones socilizacion de lineamientos 09092020,capacitación del sistema 11092020, inicio de paquete 11092020	se anexan citaciones de correo para estas reuniones	
13	Cumplir con las metas de productividad en el proceso de verificación de la calidad auditoría de recobros y reclamaciones para dar cumplimiento a los términos establecidos normativamente y/o a los indicados por el supervisor del contrato y/o la respectiva Coordinación de Grupo	se realiza la verificacionde reclamaciones asignadas archivo de consistencia en reclamaciones llamado distribución nueva G4-G5 auditandose 2853 item 111 reclamaciones	Se cumplio en producción reclamaciones asignadas archivo de consistencia en reclamaciones llamado distribución nueva G4-G5 auditandose 2853 item 111 reclamaciones	
14	Las demás actividades que se deriven del objeto y naturaleza del contrato, que para el efecto le asigne el supervisor del contrato	En el periodo ejecutorio no se realizaron estas actividades	No aplica	No aplica

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



_____

Firma del Contratista
Fecha: 1/10/2020

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

21.387.444	**5.584.499**	**3.564.574**	**0**	**12.238.371**

La ADRES cancelará al CONTRATISTA, TRES MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS ($ **3.564.574**)

PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL PERSONAS NATURALES
Mes de ejecución contractual

CONCEPTO	PLANILLA No.	VALOR	PERIODO		FECHA DE PAGO
			DESDE	HASTA	
Salud	8345079572	178.500	1/08/2020	31/08/2020	1/09/2020
Pensión	8345079572	228.400	1/08/2020	31/08/2020	1/09/2020
ARL	8345079572	7600	1/08/2020	31/08/2020	1/09/2020

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: Realizar una breve descripción del hallazgo (Adjuntar soportes)

INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN

De conformidad con el seguimiento a la ejecución del contrato, el (los) supervisor (es) certifica(n) que:

1. El (la) Contratista durante el periodo de ejecución del contrato, desarrolló y cumplió con objeto contractual, las obligaciones generales y específicas, presentó y entregó los productos y/o informes establecidos en el Contrato o Convenio en mención.

2. Apruebo los informes, productos y demás documentos presentados y entregados por el (la) Contratista durante el periodo mencionado en desarrollo de las obligaciones pactadas en el Contrato o Convenio en mención.

3. A la fecha no existen causales de incumplimiento de las obligaciones contractuales que demanden actuaciones conminatorias o sancionatorias por parte de la Administración.

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 y el 3. Soportes contractuales cargados en la sección 7 del contrato electrónico (Formato comprimido).

	4. Cuenta de cobro o factura, según el Régimen sea Simplificado o Común. 5. Dos (2) medios magnéticos contentivos de las actividades realizadas en las obligaciones, productos y/o informes, en el Contrato o Convenio en mención. 6. En caso de primer pago debe aportar: a. Los soportes y el formato de deducciones para efectos de retención en la fuente. b. Examen médico preocupacional . *Este examen tendrá vigencia máxima de tres (3) años y será válido para todos los contratos que suscriba el contratista. En el caso de perder su condición de contratista por un periodo superior a seis (6) meses continuos, deberá realizarse nuevamente el examen. c. Si es régimen común debe adjuntar la resolución de facturación de la DIAN.
Supervisor (es)/Interventor (es) **En constancia, el presente documento se entiende aprobado por las partes una vez el usuario supervisor del contrato efectue la aprobacion respectiva en la plataforma de SECOP II.**	
Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., 1/10/2020	

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

CIUDAD: BOGOTA

FECHA: 01/10/2020

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: SANDRA XIMENA DELGADILLO ROJAS

IDENTIFICACIÓN: **CC** ☑ **NIT** ☐ **No.** 52.860.133

CONTRATO No. ADRES-CPS-248-2020

OBJETO: Prestar apoyo técnico a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES, en las actividades relacionadas con 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.

PERIODO COMPRENDIDO DESDE: 01/09/2020 **HASTA:** 30/09/2020

LA SUMA DE: TRES MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS M/CTE) $3.564.574

POR CONCEPTO DE HONORARIOS

DIRECCIÓN: CALLE 43 -No 11 B 51

TELÉFONO: 3213460496



FIRMA
C.C 52860133 Bta

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

Nombres y Apellidos	No. Identificación
Sandra Ximena delgadillo rojas	52860133

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 8211 Tarifa ICA 9.66

Contrato de Prestación de Servicios Número: No ADRES-CPS-248-2020

Fecha de Inicio: 14/07/2020 Fecha de Terminación: 31/12/2020

Valor total del Contrato: $ **21.387.444** Prórroga: SI ☐ NO ☒

Valor mensual por concepto de Honorarios: $ 3.564.574

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 tengo vigente un crédito hipotecario para adquisición de vivienda, Obligación 529615841 de 23-07-2015, según certificación del año 2016; 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 Decreto 099 de 2013, articulo 2, numeral1, hasta 100 uvt.

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

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

anexo al desembolso en mención, de conformidad con lo consagrado en el artículo 126-4 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 23 de la ley 633 de 2000, 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, modificado por el artículo 23 de la ley 633 de 2000, 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.

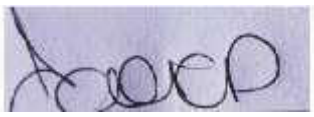
   _____

7. Declaro que consigno a Medicina pre-pagada_____la suma de ($), (anexar certificación del año inmediatamente anterior)_____que no supera las 16 UVT mensuales.

8. Declaro que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud, corresponden a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención. (Anexar planilla de liquidación según Artículo 56 del Estatuto Tributario)

Atentamente,

Firma



Cédula de ciudadanía 52860133
Bogotá D.C. 01 deoctubre de 2020

Identificación	52860133	Sucursal	PRINCIPAL	Teléfono	3213460496
Razón Social	sandra ximena delgadillo rojas	Dirección	cll 43 No 12-51	Fecha Pago	01/10/2020
Clase de Aportante	I - Independiente	Ciudad	BOGOTÁ, D.C.	Periodo Salud	Agosto-20
Banco	1023	No. Planilla	8345079572	Periodo Pensión	Agosto-20
Total a Pagar	$414,500	Total Intereses Mora	$500	Estado	Pagada
Número Días en Mora	1				

PENSIÓN

Código	Nombre	Nit	Afiliados	Sumatoria IBC	Cotización	Voluntaria Afiliado	Voluntaria Empleador	Fondo Solidaridad	Fondo Subsistencia	Interés Mora	Total antes Mora	Total a Pagar
230301	Porvenir	800224808	1	$1,425,800	$228,200	$0	$0	$0	$0	$200	228200	$228,400
Totales				$1,425,800	$228,200	$0	$0	$0	$0	$200	$228,200	$228,400

SALUD

Código	Nombre	Nit	Afiliados	Sumatoria IBC	Cotización	UPC	Interés Mora	Autorización Incapacidades	Valor Incapacidades	Autorización Licencias	Valor Licencias	Saldo a Favor	Total antes Mora	Total a Pagar
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	830003564	1	$1,425,800	$178,300	$0	$200		$0		$0		178300	$178,500
Totales				$1,425,800	$178,300	$0	$200		$0		$0		$178,300	$178,500

INFORMACIÓN ARP

Código	Nombre	Nit	Afiliados	Sumatoria IBC	Cotización	Interés Mora	Valor Total Incapacidades	Saldo a Favor	Valor Pagado Otros Riesgos	Total antes Mora	Total a Pagar
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	860011153	1	$1,425,800	$7,500	$100				7500	$7,600

PAGADO

Este documento esta clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Informacion