Contrato No.	ADRES-CPS-241-2020		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	LIDY JOHANNA HERNANDEZ ALDANA		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	MAURICIO PAEZ VILLALBA	**Teléfono / Extensión**	1868
Dependencia	Dirección de Otras Prestaciones		
Objeto del Contrato	Prestar apoyo técnico a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES, en las actividades relacionadas con la 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 modifiquen o sustituyan.		
Fecha de Inicio	14/07/2020	**Fecha de Terminación**	31/12/2020

Periodo del Informe de Actividades	**Desde**	1/08/2020	**Hasta**	31/08/2020
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.	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	Realizar la verificación de los soportes aportados enlas solicitudes de recobros por tecnologías	Se realiza la verificación de 1.882 ítems, correspondientes a la asignación del archivo	Se adjunta Archivo en Excel: nombrado FORMATO DE	N/A

	en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud.	denominado: FORMATO DE TRABAJO SALUDCOOP. Se realiza la verificación de 55 ítems, correspondientess a la asignación del archivo denominado: FORMATO DE TRABAJO ALIANSALUD EPS.	TRABAJO SALUDCOOP. Se adjunta Archivo en Excel: nombrado FORMATO DE TRABAJO ALIANSALUD EPS.	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.	Se realiza la verificación de 1.882 ítems, correspondientes a la asignación del archivo denominado: FORMATO DE TRABAJO SALUDCOOP. Se realiza la verificación de 55 ítems, correspondientes a la asignación del archivo denominado: FORMATO DE TRABAJO ALIANSALUD EPS.	Se adjunta Archivo en Excel: nombrado FORMATO DE TRABAJO SALUDCOOP. Se adjunta Archivo en Excel: nombrado FORMATO DE TRABAJO ALIANSALUD EPS.	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 registran los resultados de la verificación de 1.882 ítems, correspondientes a la asignación del archivo denominado: FORMATO DE TRABAJO SALUDCOOP. Se registran los resultados de la verificación de 55 ítems, correspondientes a la asignación del archivo denominado: FORMATO DE TRABAJO ALIANSALUD EPS.	Se adjunta Archivo en Excel: nombrado FORMATO DE TRABAJO SALUDCOOP. Se adjunta Archivo en Excel: nombrado FORMATO DE TRABAJO ALIANSALUD EPS.	N/A N/A
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 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
6	Analizar y proponer métodos que permitan la ejecución eficiente y	En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades	En el periodo objeto de cuenta de cobro no se	N/A

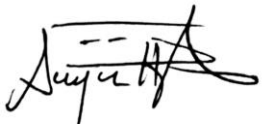
	eficaz del proceso de verificación de la calidad de la auditoría.	relacionadas con esta obligación.	ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación.	
7	Apoyar en la ejecución del plan de capacitación y participación en la elaboración de evaluaciones de conocimiento.	En el periodo objeto de cuenta 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	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 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	Garantizar la consistencia de valores y cantidades de los paquetes de Recobros y/o reclamaciones verificados.	Se garantizó la consistencia de valores y cantidades de la verificación de 1.882 ítems, correspondiente a la asignación del archivo denominado: FORMATO DE TRABAJO SALUDCOOP. Se garantizó la consistencia de valores y cantidades de la verificación de 55 ítems, correspondientes a la asignación del archivo denominado: FORMATO DE TRABAJO ALIANSALUD EPS.	Se adjunta Archivo en Excel: nombrado FORMATO DE TRABAJO SALUDCOOP. Se adjunta Archivo en Excel: nombrado FORMATO DE TRABAJO ALIANSALUD EPS.	N/A N/A
10	Proyectar las comunicaciones y certificaciones de calidad que sean requeridas en el trámite de los paquetes verificados.	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
11	Apoyar la ejecución de las diferentes etapas del proceso integral de recobros y reclamaciones.	Se presta apoyo técnico a la Oficina Asesora Jurídica en la revisión y verificación de 1.882 ítems, correspondientes a la asignación del archivo denominado: FORMATO DE TRABAJO SALUDCOOP.	Se adjunta Archivo en Excel: nombrado FORMATO DE TRABAJO SALUDCOOP.	N/A

		Se presta apoyo técnico a la Oficina Asesora Jurídica en la revisión y verificación de 55 ítems, correspondientes a la asignación del archivo denominado: FORMATO DE TRABAJO ALIANSALUD EPS.	Se adjunta Archivo en Excel: nombrado FORMATO DE TRABAJO ALIANSALUD EPS.	N/A
12	Participar activamente en las capacitaciones, reuniones, conciliaciones y/o mesas de trabajo programadas.	04/08/2020: Reunión Validación Sanitas y Saludcoop plataforma teams. 10:00am – 10:30am. 05/08/2020: Pausa Activa plataforma teams. 4:00pm – 4:30pm. 06/08/2020: Capacitación Identificación Temprana de Síntomas de COVID 19 plataforma teams. 9:00am – 10:00am. 06/08/2020: Reunión Soporte Técnico a la Defensa Judicial plataforma teams. 10:00am – 10:30am. 10/08/2020: Reunión Seguimiento a la Validación Saludcoop plataforma teams. 9:00am – 10:00am. 13/08/2020: Reunión Seguimiento a la Auditoría de Recobros Saludcoop. 10:00am – 10:30am. 20/08/2020: Capacitación Radicación de Cuentas plataforma teams. 8:00am – 9:30am. 20/08/2020: Reunión Avance Auditoría Saludcoop plataforma teams. 10:00am – 10:30am.	PDF Reunión Plataforma MICROSOFT TEAMS (04/08/2020). PDF Pausa Activa Plataforma MICROSOFT TEAMS (05/08/2020). PFD Capacitación Plataforma MICROSOFT TEAMS (06/08/2020). PDF Reunión Plataforma MICROSOFT TEAMS (06/08/2020). PDF Reunión Plataforma MICROSOFT TEAMS (10/08/2020). PDF Reunión Plataforma MICROSOFT TEAMS (13/08/2020). PDF Capacitación Plataforma MICROSOFT TEAMS (20/08/2020). PDF Reunión Plataforma MICROSOFT	N/A N/A N/A N/A N/A N/A N/A N/A

			TEAMS (20/08/2020).	
		25/08/2020: Charla Código de Integridad plataforma teams. 11:10am – 11:40am.	PDF Charla Plataforma MICROSOFT TEAMS (25/08/2020).	N/A
		26/08/2020: Capacitación Ficha Técnica de Aliansalud plataforma teams. 3:30pm – 4:00pm.	PDF Capacitación Plataforma MICROSOFT TEAMS (26/08/2020).	N/A
		27/08/2020: Reunión Validación Aliansalud plataforma teams. 10:00 am – 11:00am.	PDF Reunión Plataforma MICROSOFT TEAMS (27/08/2020).	N/A
		28/08/2020: Reunión Soporte Técnico a la Defensa Judicial plataforma teams. 9:45am – 10:15am.	PDF Reunión Plataforma MICROSOFT TEAMS (28/08/2020).	N/A
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 cumple con la meta de productividad para la verificación de Soporte Técnico a la Defensa Judicial, se revisan 1.882 ítems, correspondientes a la asignación del archivo denominado: FORMATO DE TRABAJO SALUDCOOP. Se cumple con la meta de productividad para la validación de Recobros de Aliansalud EPS, se revisan 55 ítems, correspondientes a la asignación del archivo denominado: FORMATO DE TRABAJO ALIANSALUD EPS.	Se adjunta Archivo en Excel: nombrado FORMATO DE TRABAJO SALUDCOOP. Se adjunta Archivo en Excel: nombrado FORMATO DE TRABAJO ALIANSALUD EPS.	N/A N/A
14	Las demás actividades que se deriven del objeto y naturaleza del contrato, que para el efecto le asigne el supervisor del contrato	Se realiza la verificación de 1.882 ítems, correspondientes a la asignación del archivo denominado: FORMATO DE TRABAJO SALUDCOOP.	Se adjunta Archivo en Excel: nombrado FORMATO DE TRABAJO SALUDCOOP.	N/A

		Se realiza la verificación de 55 ítems, correspondientes a la asignación del archivo denominado: FORMATO DE TRABAJO ALIANSALUD EPS.	Se adjunta Archivo en Excel: nombrado FORMATO DE TRABAJO ALIANSALUD EPS.	N/A

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



Firma del Contratista
Fecha: 1/09/2020

BALANCE ECONÓMICO

Valor Total Contrato (Inicial + Adición)	Valor Pagado	Valor a Pagar	Saldo Liberado	Saldo por Pagar
21.387.444	**2.019.925**	**3.564.574**	**0,00**	**15.802.945**

La ADRES cancelará al CONTRATISTA, la suma de TRES MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS M/C ($3.564.574)

PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL PERSONAS NATURALES
Mes de ejecución contractual

CONCEPTO	PLANILLA No.	VALOR	PERIODO		FECHA DE PAGO
			DESDE	HASTA	
Salud	9409238968	109.800	1/07/2020	31/07/2020	5/08/2020
Pensión	9409238968	140.500	1/07/2020	31/07/2020	5/08/2020
ARL	9409238968	4.600	1/07/2020	31/07/2020	5/08/2020

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.

MAURICIO PAEZ VILLALBA
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., 1/09/2020

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

CIUDAD: BOGOTA

FECHA: 1/09/2020

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: LIDY JOHANNA HERNANDEZ ALDANA

IDENTIFICACIÓN: **CC** ☑ **NIT** ☐ **No.** 65.823.879

CONTRATO No.: ADRES-CPS-241-2020 de 2020

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

PERIODO COMPRENDIDO DESDE: 1/08/2020 **HASTA:** 31/08/2020

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

POR CONCEPTO DE HONORARIOS

DIRECCIÓN: Carrera 66 # 67 a - 76

TELÉFONO: 3204050321

FIRMA
C.C 65823879

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

Nombres y Apellidos	No. Identificación
LIDY JOHANNA HERNANDEZ ALDANA	65823879

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 8299 Tarifa ICA 9.66

Contrato de Prestación de Servicios Número: No ADRES-CPS-241-2020

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 (*)
T. I	1014862547	Karol Mariana Romero Hernández	HIJA

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 RICHARD JAVIER ROMERO MESA identificado (a) con la C.C. No. 79.876.061 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 5700007000711017 de 2015, según certificación del año 2019; 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 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.

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

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.

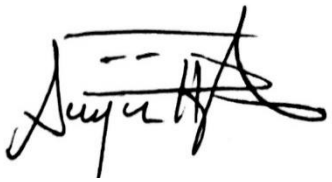
   Nota: Para los numerales 5 y 6 la sumatoria de los aportes no debe exceder del 30% del ingreso laboral.

   _____

7. Declaro que consigno a Medicina pre-pagada _____(Vacío)_____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 65.823.879
Bogotá D.C. 01 de septiembre de 2020

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 65823879		HERNANDEZ ALDANA LIDY JOHANNA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 66 # 67 a - 76	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7777777	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-07	2020-07	703205744	9409238968	I	2020/08/21	2020/08/05	BANCOLOMBIA	0	$254,900

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)																						$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$4,600		$0	$0		$254,900
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$4,600		$0	$0		$254,900
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$4,600		$0	$0		$254,900
1	CC	65823879	HERNANDEZ LIDY	X																230301	30	$877,803	$140,500	EPS017	30	$877,803	$109,800		0	$0	$0	14-23	30	$877,803	$4,600	0	$0	$0	No	$254,900
Total	**Afiliados(1)**																					$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$4,600		$0	$0		$254,900

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 65823879		HERNANDEZ ALDANA LIDY JOHANNA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 66 # 67 a - 76	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7777777	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-07	2020-07	703205744	9409238968	I	2020/08/21	2020/08/05	BANCOLOMBIA	0	$254,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$140,500	$0	$0	$140,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$140,500	$0	$0	$140,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$4,600	$0	$0	$4,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$4,600	$0	$0	$4,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$109,800	$0	$0	$109,800
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$109,800	$0	$0	$109,800
TOTAL				**1**	**$254,900**	**$0**	**$0**	**$254,900**

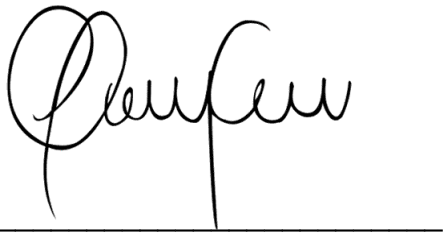
SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

LIDY JOHANNA HERNANDEZ ALDANA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **65.823.879**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 31 de Agosto del 2020.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1014862547

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 4 0461229

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
☐	X		☐	☐	☐	A 3 H

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

NOTARIA 52 BOGOTA DC COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA DC

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ROMERO	HERNANDEZ

Nombre(s)

KAROL MARIANA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2007 Mes ABR Día 01	FEMENINO	O	+

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA DC

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	A7929564

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

HERNANDEZ ALDANA LIDY JOHANNA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0065823879	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

ROMERO MESA RICHARD JAVIER

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0079876061	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ROMERO MESA RICHARD JAVIER

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CEDULA DE CIUDADANIA 0079876061	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	*Nombre y firma del funcionario que autori*
Año 2007 Mes ABR Día 26	MARCO AURELIO ESPITIA PAT Nombre y firma

República de Colombia
Marco Aurelio Espitia Patiño
Notaría Cincuenta y Dos Encargado
Secretaría de Bogotá, D.C.

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.014.862.547**

ROMERO HERNANDEZ
APELLIDOS

KAROL MARIANA
NOMBRES

Karol Mariana Romero
FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **01-ABR-2007**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

01-ABR-2025 **O+** **F**
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

05-JUL-2016 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-1500150-00839174-F-1014862547-20160708 0050396996A 1 1633999024

DAVIVIENDA

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

Cliente: **LIDY JOHANNA HERNANDEZ ALDANA**

Identificación: C.C 65823879

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

Fecha de solicitud: 2020-07-16

Fecha de expedición: 2020-03-18

PRODUCTOS HIPOTECARIOS

PRODUCTO	NÚMERO DE PRODUCTO	FECHA DE INICIO DEL CREDITO	MONTO INICIAL	SALDO AL 31.DIC 2018	SALDO AL 31.DIC.2019	PAGOS O CANONES DEL PERIODO	VALOR UVR Y/O INTERESES PAGADOS O COSTOS FINANCIEROS	DEDUCCIÓN INDIVIDUAL MÁXIMA AÑO .2019	VALOR GRAVAMEN A LOS MOVIMIENTOS FINANCIEROS*
CRÉDITO HIPOTECARIO	5700007000711017	03/09/2015	$60,200,000.00	$52,455,035.34	$49,486,270.47	$7,201,600.00	$3,646,030.59	$3,646,030.59	$0.00
TOTALES			**$60,200,000.00**	**$52,455,035.34**	**$49,486,270.47**	**$7,201,600.00**	**$3,646,030.59**	**$3,646,030.59**	**$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.
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.

CREDITOS CONSTRUCTOR, CREDIEXPRES, CREDIPLUS

PRODUCTO	NÚMERO DE PRODUCTO	VALOR UTILIZACIONES	SALDO AL 31.DIC.2019	PAGOS DEL PERIODO	VALOR UVR Y/O INTERESES PAGADOS	VALOR GRAVAMEN A LOS MOVIMIENTOS FINANCIEROS*
CREDIEXPRESS	6500007000711025	$0.00	$3,277,443.87	$6,350,000.00	$1,424,550.84	$0.00
TOTALES		**$0.00**	**$3,277,443.87**	**$6,350,000.00**	**$1,424,550.84**	**$0.00**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA