**CIUDAD:** Bogota DC

**FECHA:** 1 de Diciembre de 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:** ROSA INES MONTAÑEZ LIZARAZO

**IDENTIFICACIÓN:** **CC** ☑ **NIT** ☐ **No.** 52.884.795

**CONTRATO No.** ADRES-CPS-250-2020

**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:** 01/11/2020 **HASTA:** 30/11/2020

**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 19 No, 3 A 89 Este torre 12 apt 301

**TELÉFONO:** 3202094294



**FIRMA**
**C.C 52884795**

compensar | miplanilla.com

**CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL**

La empresa **ROSA INES MONTAÑEZ LIZARAZO**, identificada con **CC** número **52884795**, aportó por el empleado **MONTAÑEZ LIZARAZO ROSA INES** identificado(a) con **CC** número **52884795** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, el periodo de pensión de 10 - 2020 de la siguiente forma.

| CODIGO | NOMBRE ADMINISTRADORA | COTIZANTE | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | CORRECIÓN | DÍAS | IBC | TARIFA APORTE | COTIZACIÓN Y/O APORTE | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | PERIODO | NÚMERO DE PLANILLA | FECHA DE PAGO | EXONERADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 | Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $1,426,000 | 0.16000 | $228,200 | $0 | $0 | 10/1/2020 12:00:00 AM | 46726022 | 11/18/2020 12:00:00 AM | NO |
| EPS017 | Famisanar EPS Cafam Colsubsidio | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $1,426,000 | 0.12500 | $178,300 | $0 | $0 | 10/1/2020 12:00:00 AM | 46726022 | 11/18/2020 12:00:00 AM | NO |
| 14-23 | POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $1,426,000 | 0.00522 | $7,500 | $0 | $0 | 10/1/2020 12:00:00 AM | 46726022 | 11/18/2020 12:00:00 AM | NO |

PAGADA

El presente certificado se expide a los **28** días del mes **Noviembre**de **2020**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 DE 1

**DATOS GENERALES**

| TIPO | NUMERO | NOMBRE O RAZON SOCIAL | TIPO PRESENTACION U C S D | SUCURSAL / DEPENDENCIA | CODIGO | PERIODOS DE COTIZACION SALUD MES | SALUD AÑO | PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF MES | PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF AÑO | NUMERO RADICACION | TIPO EMPRESA | CLASE DE APORTANTE | CODIGO ARL | CODIGO OPERADOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 52884795- | ROSA INES MONTAÑEZ LIZARAZO | ✓ | | | 2020 | 10 | 2020 | 4672602 | | PUBLICA / PRIVADA ✓ / MIXTA | PEQUEÑO / GRANDE / INDEPENDIENTE ✓ | 14-23 | 83 |

| DIRECCION | CIUDAD/MUNICIPIO | CODIGO | DEPARTAMENTO | CODIGO | TELEFONO | FAX | CORREO ELECTRONICO | ACTIVIDAD ECONOMICA | VALOR NOMINA | TOTAL EMPLEADOS | FECHA DE PAGO (aaaa/mm/dd) | No. AUTORIZACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| calle 19 n 3 a 89 t 12 301 | MADRID | 25430 | CUNDINAMARCA | 25 | 2094294 | 2094294 | rosamontanez1982@gmail.com | 8299 | 0 | 1 | 2020/11/18 | 803425866 |

**TOTAL APORTES DEL PERIODO A SALUD POR ADMINISTRADORA**

| COD EPS | NIT EPS | COTIZACION OBLIGATOR | UPC ADICIONAL | INCAPACIDADES No.AUTOR | INCAPACIDADES VALOR | LIC.MATERNIDAD No.AUT | LIC.MATERNIDAD VALOR | NETO COTIZAC | DIAS MORA | INTERESES MORA OBL | INTERESES MORA UPC | SUBTOTAL COTIZACION | SUBTOTAL UPC ADIC. | No. RADIC SALDO A FAVOR | SALDO A FAVOR COTIZ OBLIG | SALDO A FAVOR UPC ADICIONAL | TOTAL A PAGAR | No. AFIL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS017 | 830003564-7 | 178.300 | 0 | | 0 | | 0 | 178.300 | 0 | 0 | 0 | 178.300 | 0 | | 0 | 0 | 178.300 | 1 |

**TOTAL APORTES DEL PERIODO A PENSIONES POR ADMINISTRADORA**

| COD AFP | NIT AFP | COTIZ OBLIGAT | COTIZ VOL AFILIADO | COTIZ VOL APORTANT | FONDO SOLI PENS | DIAS MORA | INTERES MORA COTIZ | INTERES MORA FONDO | TOTAL A PAGAR | No. AFIL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 | 900336004-7 | 228.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 228.200 | 1 |

**TOTAL APORTES DEL PERIODO A CAJAS POR ADMINISTRADORA**

| COD CCF | NIT CCF | VALOR APORTE | DIAS MORA | INTERESES MORA | TOTAL A PAGAR | No. AFIL |
|---|---|---|---|---|---|---|

**TOTAL APORTES DEL PERIODO A ICBF Y SENA**

| CONC | VALOR | DIAS MORA | INT MORA | TOTAL A PAGAR | No. AFIL |
|---|---|---|---|---|---|
| ICBF | | | | | |
| 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| SENA | | | | | |
| 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

**TOTAL APORTES DEL PERIODO A RIESGOS LABORALES**

| COD ARL | NIT ARL | COTIZ OBLIGAT | INCAPACIDADES No.AUTORIZ | INCAPACIDADES VALOR | APORTES OTROS RIESG | VALOR NETO COTIZACION |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 14-23 | 860011153-6 | 7.500 | | 0 | 0 | 7.500 |
| **DIAS MORA** | **INTERES MORA COTI** | **SUBTOTAL APORT COTIZ** | **No. RADICAC SALDO A FAVOR** | **SALDO A FAVOR** | **FONDO SOLIDARIDAD** | **TOTAL A PAGAR** |
| 0 | 0 | 7.500 | | 0 | 75 | 7.500 |

**TOTAL APORTES DEL PERIODO A MIN. EDUCACION**

| VALOR | DIAS MORA | INT MORA FONDO | TOTAL A PAGAR |
|---|---|---|---|

**TOTAL APORTES DEL PERIODO A ESAP**

| VALOR | DIAS MORA | INT MORA FONDO | TOTAL A PAGAR |
|---|---|---|---|

**NUMERO DE ADMINISTRADORAS REPORTADAS**

| | |
|---|---|
| PENSIONES | 1 |
| SALUD | 1 |
| RIESGOS LABORALES | 1 |
| CAJAS DE COMPENSACION | 0 |
| OTRAS | 0 |
| TOTAL | 3 |

| TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA | ANTES DE IGE,LMA,IRP Y MORA | VALOR TOTAL |
|---|---|---|
| PENSIONES | 228.200 | 228.200 |
| SALUD | 178.300 | 178.300 |
| RIESGOS LABORALES | 7.500 | 7.500 |
| CCF | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 |
| MINISTERIO DE EDUCACION | 0 | 0 |
| GRAN TOTAL | 414.000 | 414.000 |

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

| DATOS DEL AFILIADO | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | VALOR IBC | | | | | | | LIQUIDACION DE APORTES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| № | TIPO | NUMERO | APELLIDOS Y NOMBRES | COD EPS | COD AFP | COD CAJA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VTE | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | NUEVA EPS | NUEVA AFP | IBC SALUD | IBC PENSION | IBC CAJAS | IBC RIESGOS | SUBTIPO COTIZANTE | EXTRANJERO | COLOMBIANO EN EXTERIOR | COTIZ PENSION | FONDO SOLIDAR PENSION | APORTE VOLUNT PENSION | COTIZ SALUD | UPC ADICIONAL |
| 1 | CC | 52884795 | MONTAÑEZ LIZARAZO ROSA INES | EPS017 | 25-14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1.426.000 | 1.426.000 | 0 | 1.426.000 | 0 | | | 228.200 | 0 | 0 | 178.300 | 0 |

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Contrato No.** | ADRES-CPS-250-2020 | | |
| **Nombre del Contratista y/o Representante Legal** | ROSA INES MONTAÑEZ LIZARAZO | | |
| **Nombre del Supervisor y/o Interventor** | MILLER ALEXANDER REINA ESCOBAR | **Teléfono / Extensión** | 4322760 Ext.1867 |
| **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 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** | 1/11/2020 | **Hasta** | 30/11/2020 |
| **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. | Para el periodo objeto de informe no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación. | Para el periodo objeto de informe no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación. | N/A |
| 2 | Realizar la verificación de | Se realizó la verificación de | Se adjunta Archivo | N/A |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | los soportes aportados en las solicitudes de recobros por tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud. | los soportes aportados por la entidad recobrante en la solicitud de recobro asignadas en las siguientes matrices:<br><br>1. Matríz Paquete 16 Jurídico.xlsx, el cuál cuenta con 61 ítems<br><br>2. Matríz Paquete 12 Jurçidico.xlsx, el cuál cuenta con 102 ítems<br><br>3. No Co Paquete 10.xlsx, el cuál cuenta con 864 ítems<br><br>4. No Co Paquete 8 APF.xlsx, el cuál cuenta con 331 ítems | Excel en la carpeta Obligaciones ADRES-CPS-250-2020 Noviembre subcarpeta Obligación 2-3-4-5-8-9-11-13 nombrados:<br><br>1. Matríz Paquete 16 Jurídico.xlsx<br><br>2. Matríz Paquete 12 Jurçidico.xlsx<br><br>3. No Co Paquete 10.xlsx<br><br>4. No Co Paquete 8 APF.xlsx | |
| 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 verificó la aplicación de los criterios de auditoría señalados en la normatividad establecida para recobros, y validando la calidad de los recobros asignadas en las siguientes matrices:<br><br>1. Matríz Paquete 16 Jurídico.xlsx, el cuál cuenta con 61 ítems<br><br>2. Matríz Paquete 12 Jurçidico.xlsx, el cuál cuenta con 102 ítems<br><br>3. No Co Paquete 10.xlsx, el cuál cuenta con 864 ítems<br><br>4. No Co Paquete 8 APF.xlsx, el cuál cuenta con 331 ítems | Se adjunta Archivo Excel en la carpeta Obligaciones ADRES-CPS-250-2020 Noviembre subcarpeta Obligación 2-3-4-5-8-9-11-13 nombrados:<br><br>1. Matríz Paquete 16 Jurídico.xlsx<br><br>2. Matríz Paquete 12 Jurçidico.xlsx<br><br>3. No Co Paquete 10.xlsx<br><br>4. No Co Paquete 8 APF.xlsx | N/A |
| 4 | Registrar los resultados de las tareas | Se registró los resultados de las tareas adelantadas en las | Se adjunta Archivo Excel en la carpeta | N/A |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 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. | herramientas y formatos aplicables para el fin de acuerdo a la instrucción definida por el supervisor del contrato y la respectiva coordinación de grupo en las siguientes matrices:<br><br>1. Matríz Paquete 16 Jurídico.xlsx, el cuál cuenta con 61 ítems<br><br>2. Matríz Paquete 12 Jurçidico.xlsx, el cuál cuenta con 102 ítems<br><br>3. No Co Paquete 10.xlsx, el cuál cuenta con 864 ítems<br><br>4. No Co Paquete 8 APF.xlsx, el cuál cuenta con 331 ítems | Obligaciones ADRES-CPS-250-2020 Noviembre subcarpeta Obligación 2-3-4-5-8-9-11-13 nombrados:<br><br>1. Matríz Paquete 16 Jurídico.xlsx<br><br>2. Matríz Paquete 12 Jurçidico.xlsx<br><br>3. No Co Paquete 10.xlsx<br><br>4. No Co Paquete 8 APF.xlsx | |
| 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. | Se analizó y documentó los hallazgos encontrados en las revisiones de calidad, como mecanismo de retroalimentación a los auditores de recobros de la muestra asignadas en las siguientes matrices:<br><br>1. Matríz Paquete 16 Jurídico.xlsx, el cuál cuenta con 61 ítems<br><br>2. Matríz Paquete 12 Jurçidico.xlsx, el cuál cuenta con 102 ítems<br><br>3. No Co Paquete 10.xlsx, el cuál cuenta con 864 ítems<br><br>4. No Co Paquete 8 APF.xlsx, el cuál cuenta con 331 ítems | Se adjunta Archivo Excel en la carpeta Obligaciones ADRES-CPS-250-2020 Noviembre subcarpeta Obligación 2-3-4-5-8-9-11-13 nombrados:<br><br>1. Matríz Paquete 16 Jurídico.xlsx<br><br>2. Matríz Paquete 12 Jurçidico.xlsx<br><br>3. No Co Paquete 10.xlsx<br><br>4. No Co Paquete 8 APF.xlsx | N/A |
| 6 | Analizar y proponer métodos que permitan la | Para el periodo objeto de informe no se ejecutaron | Para el periodo objeto de informe no se | N/A |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | ejecución eficiente y eficaz del proceso de verificación de la calidad de la auditoría. | actividades 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. | Se apoyó con el plan de capacitación, en la elaboracion de una presentación con diapositivas.<br><br>1. PRESENTACION Manual de Auditoria Capitulo 5 Y 6, con un total de 27 Diapositivas. | Se adjunta Archivo Pdf en la carpeta Obligaciones ADRES-CPS-250-2020 Noviembre subcarpeta Obligación 7 nombrado:<br><br>1. PRESENTACION Manual de Auditoria Capitulo 5 Y 6 .pdf. | 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. | Se reportó las situaciones de inconsistencia y anómalas identificadas en la revisión documental de las solicitudes de recobros según las observadas en la muestra asignadas de las siguientes matrices:<br><br>1. Matríz Paquete 16 Jurídico.xlsx, el cuál cuenta con 61 ítems<br><br>2. Matríz Paquete 12 Jurçidico.xlsx, el cuál cuenta con 102 ítems<br><br>3. No Co Paquete 10.xlsx, el cuál cuenta con 864 ítems<br><br>4. No Co Paquete 8 APF.xlsx, el cuál cuenta con 331 ítems | Se adjunta Archivo Excel en la carpeta Obligaciones ADRES-CPS-250-2020 Noviembre subcarpeta Obligación 2-3-4-5-8-9-11-13 nombrados:<br><br>1. Matríz Paquete 16 Jurídico.xlsx<br><br>2. Matríz Paquete 12 Jurçidico.xlsx<br><br>3. No Co Paquete 10.xlsx<br><br>4. No Co Paquete 8 APF.xlsx | N/A |
| 9 | Garantizar la consistencia de valores y cantidades de los paquetes de recobros y/o reclamaciones verificados. | Se garantiza la consistencia de los valores y cantidades de los paquetes de recobros verificadas en la muestra asignadas en las siguientes matrices:<br><br>1. Matríz Paquete 16 Jurídico.xlsx, el cuál cuenta con 61 ítems | Se adjunta Archivo Excel en la carpeta Obligaciones ADRES-CPS-250-2020 Noviembre subcarpeta Obligación 2-3-4-5-8-9-11-13 nombrados:<br><br>1. Matríz Paquete 16 Jurídico.xlsx | N/A |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 2. Matríz Paquete 12 Jurçidico.xlsx, el cuál cuenta con 102 ítems<br><br>3. No Co Paquete 10.xlsx, el cuál cuenta con 864 ítems<br><br>4. No Co Paquete 8 APF.xlsx, el cuál cuenta con 331 ítems | 2. Matríz Paquete 12 Jurçidico.xlsx<br><br>3. No Co Paquete 10.xlsx<br><br>4. No Co Paquete 8 APF.xlsx | |
| 10 | Proyectar las comunicaciones y certificaciones de calidad que sean requeridas en el trámite de los paquetes verificados. | Para el periodo objeto de informe no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación. | Para el periodo objeto de informe 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 apoyó y ejecutó las diferentes etapas del proceso integral de recobros de la muestra asignadas en las siguientes matrices:<br><br>1. Matríz Paquete 16 Jurídico.xlsx, el cuál cuenta con 61 ítems<br><br>2. Matríz Paquete 12 Jurçidico.xlsx, el cuál cuenta con 102 ítems<br><br>3. No Co Paquete 10.xlsx, el cuál cuenta con 864 ítems<br><br>4. No Co Paquete 8 APF.xlsx, el cuál cuenta con 331 ítems | Se adjunta Archivo Excel en la carpeta Obligaciones ADRES-CPS-250-2020 Noviembre subcarpeta Obligación 2-3-4-5-8-9-11-13 nombrados:<br><br>1. Matríz Paquete 16 Jurídico.xlsx<br><br>2. Matríz Paquete 12 Jurçidico.xlsx<br><br>3. No Co Paquete 10.xlsx<br><br>4. No Co Paquete 8 APF.xlsx | N/A |
| 12 | Participar activamente en las capacitaciones, reuniones, conciliaciones y/o mesas de trabajo programadas. | He participado actívamente en las capacitaciones y reuniones programadas. En total 1 reuniòn.<br><br>1. Reunion Recobros (17 de Noviembre 2020). | Se adjunta Archivo PDF, en la carpeta Obligaciones ADRES-CPS-250-2020 Noviembre subcarpeta Obligación 12 nombrados:<br><br>1. Pantallazo de | N/A |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | correo electrónico de reunión.pdf. | |
| 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 cumplió con las metas de productividad en el proceso de verificación de la calidad auditoria de los recobros para dar cumplimiento a los términos establecidos normativamente y lo indicado por el supervisor de contrato y la respectiva coordinación de grupo, de la muestra asignadas en las siguientes matrices:<br><br>1. Matríz Paquete 16 Jurídico.xlsx, el cuál cuenta con 61 ítems<br><br>2. Matríz Paquete 12 Jurçidico.xlsx, el cuál cuenta con 102 ítems<br><br>3. No Co Paquete 10.xlsx, el cuál cuenta con 864 ítems<br><br>4. No Co Paquete 8 APF.xlsx, el cuál cuenta con 331 ítems | Se adjunta Archivo Excel en la carpeta Obligaciones ADRES-CPS-250-2020 Noviembre subcarpeta Obligación 2-3-4-5-8-9-11-13 nombrados:<br><br>1. Matríz Paquete 16 Jurídico.xlsx<br><br>2. Matríz Paquete 12 Jurçidico.xlsx<br><br>3. No Co Paquete 10.xlsx<br><br>4. No Co Paquete 8 APF.xlsx | 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 han llevado a cabo las actividades asignadas por el supervisor del contrato. | N/A | N/A |

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



**Firma del Contratista**
**Fecha:** 1/12/2020

**BALANCE ECONÓMICO**

| Valor Total Contrato (Inicial + Adición) | Valor Pagado | Valor a Pagar | Saldo Liberado | Saldo por Pagar |
|---|---|---|---|---|
| **COP 21.387.444** | **12.713.647** | **3.564.574** | **0** | **5.109.223** |

La ADRES cancelará al CONTRATISTA, la suma de tres millones quinientos sesenta y cuatro mil quinientos setenta y cuatro pesos m/cte ($**3.564.574)**

**PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL PERSONAS NATURALES**
Mes de ejecución contractual

| CONCEPTO | PLANILLA No. | VALOR | PERIODO | | FECHA DE PAGO |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | DESDE | HASTA | |
| **Salud** | 46726022 | $ 178.300 | 1/10/2020 | 31/10/2020 | 18/11/2020 |
| **Pensión** | 46726022 | $ 228.200 | 1/10/2020 | 31/10/2020 | 18/11/2020 |
| **ARL** | 46726022 | $ 7.500 | 1/10/2020 | 31/10/2020 | 18/11/2020 |

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.<br>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).<br>4. Cuenta de cobro o factura, según el Régimen sea Simplificado o Común.<br>5. Dos (2) medios magnéticos contentivos de las actividades realizadas en las obligaciones, productos y/o informes, en el Contrato o Convenio en mención.<br>6. En caso de primer pago debe aportar:<br>a. Los soportes y el formato de deducciones para efectos de retención en la fuente.<br>b. Examen médico preocupacional .<br>*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.<br>c. Si es régimen común debe adjuntar la resolución de facturación de la DIAN. |
| Supervisor MILLER ALEXANDER REINA ESCOBAR<br>**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.,** 1/12/2020 | |

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

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

| Nombres y Apellidos | No. Identificación |
|---|---|
| Rosa Inés Montañez Lizarazo | 52.884.795 |

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-250-2020

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 (*) |
|---|---|---|---|
| TI | 1028900304 | Santiago Fresneda Montañez | (Hijo) |

**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 ---------- de ----------, según certificación del año -----; 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

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

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 52.884.795
Bogotá D.C. 1 de Diciembre de 2020

REPUBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

1055

NUIP 1.028.900.304

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 43378926

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registraduría: X | Notaría: | Número: | Consulado: | Corregimiento: | Inspección de Policía: | Código: A 0 2

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE FONTIBON-H DE FONTIBON - COLOMBIA - CUNDINAMARCA

**Datos del inscrito**

Primer Apellido: FRESNEDA | Segundo Apellido: MONTAÑEZ

Nombre(s): SANTIAGO

Fecha de nacimiento: Año 2009 Mes SEP Día 16 | Sexo (en letras): MASCULINO | Grupo sanguíneo: A | Factor RH: POSITIVO

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO | Número certificado de nacido vivo: 8219522-3

**Datos de la madre**

Apellidos y nombres completos: MONTAÑEZ LIZARAZO ROSA INES

Documento de identificación (Clase y número): CC 52.884.795 | Nacionalidad: COLOMBIA

**Datos del padre**

Apellidos y nombres completos: FRESNEDA FONSECA JAIRO

Documento de identificación (Clase y número): CC 79.353.518 | Nacionalidad: COLOMBIA

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos: FRESNEDA FONSECA JAIRO

Documento de identificación (Clase y número): CC 79.353.518 | Firma: X Jairo Fresneda

**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**: Año 2009 Mes SEP Día 17

**Nombre y firma del funcionario que autoriza**: RAFAEL ALFONSO ORTEGA ROZO - REGI

Nombre y firma

ESTE REGISTRO ES FOTOCOPIA AUTENTICA DEL ORIGINAL, EL CUAL REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA OFICINA. **SE EXPIDE SIN NOTAS, SOLO PARA ACREDITAR PARENTESCO, CONFORME AL ARTICULO 115 DECRETO LEY 1260 DE 1970**; TIENE VIGENCIA PERMANENTE ART. 2 DECRETO 2189 DE 1983; SE OMITE SELLO SEGÚN ART. 11 DECRETO 2150 DE 1995. **ESTA COPIA ES VALIDA PARA PARENTESCO**

FECHA EXPEDICION
20 JUN. 2013

ARNUL BENITEZ VIVEROS
REGISTRADOR AUXILIAR DE FONTIBON (E)

la democracia es nuestra huella

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.884.795**

**MONTAÑEZ LIZARAZO**

APELLIDOS

**ROSA INES**

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **29-ENE-1982**

**SANTA MARIA**
**(HUILA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.58** ESTATURA

**A+** G.S. RH

**F** SEXO

**02-FEB-2000 BOGOTA D.C**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-1500150-00244156-F-0052884795-20100709 **0022**630697A 1 1120820704