

	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	Código	GCON-F01
E DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y PAGO			Versión	01

10

Radicado No: E11770011018103525E000014819100
 DEST: 11770 GEST FIN INT REM: JULIAN ORLAN
 ADRES 2018-10-01 10:35 Fol: 10 Anex: 0 Desc Anex:

Contrato No.	0075 de 2018			
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	Unión Temporal MH-SL Mesa de Ayuda 2017			
Nombre del Supervisor y/o Interventor	HISNARDO ALBERTO UBAQUE UBAQUE	Teléfono / Extensión	4322760 ext 1712	
Dependencia	Dirección de Gestión de Tecnologías de Información y Telecomunicaciones			
Objeto del Contrato	Adquirir la prestación de servicio BPO-Mesa de ayuda, mediante Acuerdo Marco de Precios.			
Fecha de Inicio	21/0/62018	Fecha de Terminación	31/12/2018	

Periodo del Informe de Actividades	Desde	01/07/2018	Hasta	31/07/2018
Adición y/o Prórroga	NA			
Suspensión	NA			
Cesión	NA			

ADRES
 ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Recibido: _____
 Fecha: _____
 Hora: _____

SUJETO A VERIFICACIÓN

BALANCE ECONÓMICO				
Valor Total Contrato (Inicial + Adición)	Valor Pagado	Valor a Pagar	Saldo Liberado	Saldo por Pagar
\$45.456.137,94	\$0	\$4.338.049,26	0	\$41.118.088,68

Por lo anterior, la ADRES cancelará al CONTRATISTA, la suma de Cuatro millones trescientos treinta y ocho mil cuarenta y nueve pesos con veinti seis centavos (\$4.338.049,26)

PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL PERSONAS NATURALES					
Mes de ejecución contractual					
CONCEPTO	PLANILLA No.	VALOR	PERIODO		FECHA DE PAGO
			DESDE	HASTA	
Salud	84287333	\$ 2.365.520	1/07/2018	30/07/2018	3/07/2018
Pensión			1/06/2018	30/06/2018	3/07/2018
ARL			1/06/2018	30/06/2018	3/07/2018

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)

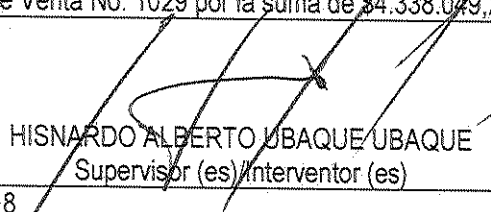
ADRES
 ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Recibido: _____
 Fecha: 17 - OCT 2018
 Hora: _____

SUJETO A VERIFICACIÓN

*Def 11 oct 16/2018
3274w*

	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	Código	GCON-F01
	Formato	INFORME DE CUMPLIMIENTO DE AVANCE DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y PAGO	Versión	01

INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN	
De conformidad con el seguimiento a la ejecución del contrato, el (los) supervisor (es) certifica(n) que:	
<ol style="list-style-type: none"> 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	Ninguna
ANEXOS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Copia de la certificación 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. Factura de Venta No. 1029 por la suma de \$4.338.049,26 incluido IVA.
En constancia, firmo:	
 HISNARDO ALBERTO UBAQUE UBAQUE Supervisor (es)/Interventor (es)	
Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., 25/08/2018	

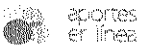


Certificado de Aportes

Se certifica que SINERGY & LOWELLS S.A.S. identificado(a) con NI 830078090 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para JULIAN ORLANDO CRUZ CHAPARRO identificado(a) con CC 1016026482

Clave Mensile	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días
848287333	361691916	E	2018-08-17	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2018-08	28
848287333	361691916	E	2018-08-17	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2018-07	28
848287333	361691916	E	2018-08-17	AFP	230301	PORVENIR	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2018-07	28
848287333	361691916	E	2018-08-17	AFP	230301	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2018-07	28
848287333	361691916	E	2018-08-17	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2018-07	28
848287333	361691916	E	2018-08-17	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2018-07	28
848287333	361691916	E	2018-08-17	ARL	14-7	SEGUROS BOLIVAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2018-07	28
848287333	361691916	E	2018-08-17	UCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2018-07	28

Este certificado se expide el día 2018-09-03 a las 10:11.



Certificado de Aportes

Se certifica que MICROHARD SAS identificado(a) con NI 800250721 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para JENNIFFER CATHERINE MESA MARTINEZ identificado(a) con CC 53081123

Clave Aporte	Clave Pago	Tipo Planillo	Fecha Pago	Seguro	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días
8482711486	359143947	E	2018-08-08	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2018-08	30
8482711486	359143947	E	2018-08-08	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2018-07	30
8482711486	359143947	E	2018-08-08	AFP	230301	PORVENIR	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2018-07	30
8482711486	359143947	E	2018-08-08	AFP	230301	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2018-07	30
8482711486	359143947	E	2018-08-08	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2018-07	30
8482711486	359143947	E	2018-08-08	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2018-07	30
8482711486	359143947	E	2018-08-08	ARL	14-28	AFP SURA (ANTES SURATEP)	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2018-07	30
8482711486	359143947	E	2018-08-08	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2018-07	30

Este certificado se expide el día 2018-09-03 a las 10:43.

Bogotá D.C., Septiembre 03 de 2018

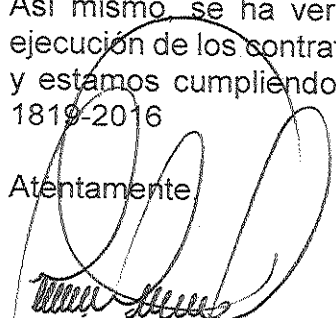
**CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES A SEGURIDAD
SOCIAL Y PARAFISCALES Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO
DEL ARTÍCULO 23 LEY 1150 DE 2007**

A QUIEN INTERESE:

Yo, **JOSÉ JAIRO MOTTA CEPEDA**, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 19.197.735 de Bogotá y Tarjeta Profesional No. 47958-T en mi condición de Revisor Fiscal de la Sociedad **MICROHARD S.A.S.** con Nit No. 800.250.721-6, certifico que dicha sociedad ha cumplido a la fecha y durante los últimos seis (6) meses, con el pago de los aportes de sus empleados, a los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje Sena, según lo señalo en el Artículo 23 de la Ley 1150 de 2007-Ley 1607 de 2012 y Artículo 50 de la ley 789 de 2002, modificado por la ley 828 de 2003. De igual manera certifico que durante el mismo término se ha cumplido con las obligaciones salariales y prestacionales causadas por el mismo de acuerdo a la Ley.

Así mismo se ha verificado que todos los trabajadores que laboran para la ejecución de los contratos, se encuentran afiliados al sistema de seguridad social y estamos cumpliendo con la obligación tributaria autorretención de renta Ley 1819-2016

Atentamente



JOSÉ JAIRO MOTTA CEPEDA
C.C. No. 19.197.735 de Bogotá
Revisor Fiscal
T.P. No. 47958-T

Bogotá D.C., Septiembre 03 de 2018

Señor
Miguel Ángel Rodríguez
Calle 100 No. 100-100

Atención: Miguel Ángel Rodríguez

Señor Miguel Ángel Rodríguez, le informo que el día 03 de septiembre de 2018, se le entregó el acta de la reunión de la Comisión de Seguimiento y Evaluación del Plan de Mejoramiento de la Calidad de la Educación, en la cual se acordó la realización de una reunión de trabajo con el fin de definir el plan de mejoramiento de la calidad de la educación de la Institución Educativa. En esta reunión se acordó la realización de una reunión de trabajo con el fin de definir el plan de mejoramiento de la calidad de la educación de la Institución Educativa.

En esta reunión se acordó la realización de una reunión de trabajo con el fin de definir el plan de mejoramiento de la calidad de la educación de la Institución Educativa. En esta reunión se acordó la realización de una reunión de trabajo con el fin de definir el plan de mejoramiento de la calidad de la educación de la Institución Educativa.



**SINERGY
& LOWELLS**

www.sinergylowells.com

**EL SUSCRITO REVISOR FISCAL DE
SINERGY & LOWELLS S.A.S
NIT 830.078.090-1**

**CERTIFICA
BAJO JURAMENTO:**

Que la sociedad **SINERGY & LOWELLS S.A.S**, da estricto cumplimiento con el pago de salarios, prestaciones sociales y las obligaciones con los sistemas de salud, riesgos laborales ARL, pensiones y aportes a las cajas de compensación familiar, instituto de bienestar familiar ICBF y Servicio Nacional de aprendizaje – SENA, dando cumplimiento con la ley 1607 de Diciembre 26 de 2012, y Decreto 0862 de Abril 26 de 2013, y en la fecha se encuentra a paz y salvo por dichos concepto, durante la vigencia de la sociedad, incluyendo los últimos doce (12) meses, teniendo en cuenta los plazos establecidos en el Decreto 1670 de 2007.

De igual manera certifico que a partir del 1 de septiembre de 2013, la compañía realiza la autorretención del impuesto sobre la renta para la equidad –CREE.


Esta certificación se expide para dar cumpliendo con lo ordenado en el Artículo 50 de la ley 789 de Diciembre 27 de 2002 y Art 1 de la ley 828 de 2003.

Dada en Bogotá, D.C. a los tres (03) días del mes de Septiembre de dos mil dieciocho (2018).



JOSE ANTONIO GONZALEZ CASTAÑEDA
Revisor Fiscal
TP 12.423-T

SINERGY & LOWELLS S.A.S
BOGOTÁ D.C. Cra 7 Bis A No. 123-79 PBX: 600 1155
MEDELLÍN Carrera 43 A # 1 SUR – 50 San Fernando Plaza Torre 1, Oficina 0620
PBX: 6041869

	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	Código	GCON-F01
	Formato	INFORME DE CUMPLIMIENTO DE AVANCE DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y PAGO	Versión	01

Contrato No.	Orden de Compra No. 29276 – Contrato 075 de 2018		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	Unión Temporal MH-SL Mesa de Ayuda 2017		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	Guillermo Benitez Rodríguez	Teléfono / Extensión	4322760 ext 1724
Dependencia	Dirección de Gestión de Tecnologías de Información y Telecomunicaciones		
Objeto del Contrato	Adquirir la Prestación de Servicios BPO-Mesa de ayuda, mediante Acuerdo Marco de Precios.		
Fecha de Inicio	Fecha de Terminación		

Periodo del Informe de Actividades	Desde	10/07/2018	Hasta	30/07/2018
Adición y/o Prórroga				
Suspensión	NA			
Cesión	NA			

INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
Obligación contractual	Actividad desarrollada	Producto	Alertas, inconvenientes o situaciones especiales que afectan el cumplimiento de la obligación
1	Presentación de hojas de vida de los agentes	Se presentan hojas de vida de los agentes de mesa de servicios el 27/06/2018	Hojas de Vida y Soportes
2	Capacitación de agentes	Se realiza capacitación por ADRES para los agentes de mesa de servicio el 05/07/2018	
3	Formalización estudio de seguridad de los agentes	Se entregan estudios de seguridad el 10/07/2018 con lo que se da inicio formal al contrato.	Estudios de Seguridad
4	Visita de viabilidad para la instalación del enlace de datos	Se realiza visita de viabilidad para conexión satelital el 05/07/2018	
5	Presentación informe de viabilidad	Se presenta informe de viabilidad de conexión satelital el 10/07/2018	Informe de Viabilidad de Cuatro Comunicaciones
6	Instalación del enlace de datos	Se precisa un canal dedicado de internet de 12MB para los dos agentes de mesa de servicios ubicado en Sinergy en la Carrera 7 Bis A No. 123 – 79	
7	Configuración VPN	Se configura VPN el 06/07/2018	VPN para conexiones remotas
8	Definición de KPIs o indicadores de Gestión	Se definen los Indicadores de Gestión por ADRES el 13/07/2018	
9	Presentación del Gestor de Calidad y Coordinador del Servicio	Se presentan el Coordinador del Servicio y el Gestor de Calidad el 10/07/2018.	Gestor de Calidad: Ing. Raúl Castro Coordinador de Servicio: Ing. Edwin Espitia
10	Presentación de la herramienta ITSM DEXON	Presentación por parte del fabricante de la Herramienta de Gestión DEXON Software el 10/07/2018	Manual de uso Dexon Software
11	Estabilización del servicio	Periodo de estabilización de la herramienta del 21/06/2018 al 20/08/2018	

A

13 Entrega número telefónico y correo electrónico Se hace entrega de número telefónico y correo electrónico el 26/06/2018 Telefono: 7953283 mesadeservicios@adres.gov.co

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



Firma del Contratista

Fecha:

¹ Incluir las obligaciones específicas pactadas en el Contrato y/o Convenio.

Bogotá, 21 de agosto de 2018

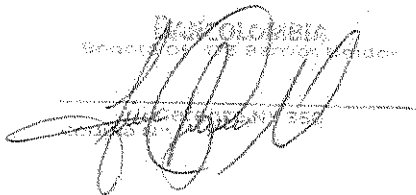
CERTIFICACIÓN

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que la entidad **UT MH-SL MESA DE AYUDA 2017**, identificada con el Nit. Número 901130606, a la fecha de expedición de ésta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Nombre Producto	No. Producto	Fecha Apertura AAAA/MM/DD	Estado
CUENTA CORRIENTE	17384762711	2017/11/09	Activa

Estamos a su disposición para confirmar la anterior información, en el teléfono 7427030 Ext. 110 de Bogotá, o en nuestra Sucursal Barrios Unidos ubicada en la Calle 67 No. 25-09.

Atentamente,


BANCOLOMBIA
S.A. - BANCO DE COLOMBIA

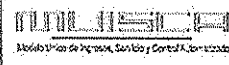
JUAN CARLOS BRAVO MORENO

Gerente

***Importante:** Esta constancia sólo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.



Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal



001

2. Concepto: 01 Inscripción
Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14437681121

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 901130606-9
6. DV: 9
12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá
14. Buzón electrónico: 32

IDENTIFICACION
24. Tipo de contribuyente: Persona jurídica
25. Tipo de documento: 1
26. Número de identificación:
27. Fecha expedición:
28. País:
29. Departamento:
30. Ciudad/Municipio:
31. Primer apellido
32. Segundo apellido
33. Primer nombre
34. Otros nombres
35. Razón social: UNION TEMPORAL MH-SL MESA DE AYUDA 2017
36. Nombre comercial:
37. Sigla:

UBICACION
38. País: COLOMBIA
39. Departamento: Bogotá D.C.
40. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C.
41. Dirección principal: CR 7 BIS A 123 79 BRR SANTA BARBARA ORIENTAL
42. Correo electrónico: isabel.rios@sinergyjowells.com
43. Código postal:
44. Teléfono 1:
45. Teléfono 2:

CLASIFICACION
Actividad económica
46. Código: 4651
47. Fecha inicio actividad: 20170908
48. Código: 9511
49. Fecha inicio actividad: 20170908
50. Código:
51. Código:
52. Número establecimientos:

Responsabilidades, Calidades y Atributos
53. Código: 71114
07- Retención en la fuente a título de rent
11- Ventas régimen común
14- Informante de exogena

Obligados aduaneros
Exportadores
54. Código:
55. Forma:
56. Tipo:
57. Modo:
58. CPC:

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [X] NO
60. No. de Fotos: 43
61. Fecha: 20171109

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.
Firma del solicitante: [Signature]
Firma autorizada: [Signature]
984. Nombre: CHAVARRO RADA JENNY
985. Cargo: Gestor I