CIUDAD: BOGOTÁ

FECHA: 1 DE MARZO DE 2.023

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: YOMARA VARGAS

IDENTIFICACIÓN: **CC** ☑ **NIT** ☐ **No.** 52.862.015

CONTRATO No.: ADRES-CPS-170-2023 de: 2023

OBJETO: Prestar apoyo a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES en las actividades relacionadas con los procesos de reconocimiento y pago de servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC o con presupuestos máximos, reclamaciones de servicios médicos, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito ocasionados por vehículos sin identificar o sin SOAT, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social; lo anterior, conforme a lo establecido en la normativa y manuales vigentes.

PERIODO COMPRENDIDO DESDE: 2/02/2023 **HASTA:** 28/02/2023

LA SUMA DE: **$ 3.913.514** (TRES MILLONES NOVECIENTOS TRECE MIL QUINIENTOS CATORCE PESOS)

POR CONCEPTO DE Honorarios

DIRECCIÓN: Calle 146 No. 17 - 98 Apto 403

TELÉFONO: 316-5380044



FIRMA
C.C : 52.862.015

ADRES	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO	GCON-FR01
	FORMATO	INFORME DE CUMPLIMIENTO DE AVANCES DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y PAGO	VERSIÓN	03
			FECHA	10/05/2021

Contrato No.	ADRES-CPS-170-2023		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	YOMARA VARGAS		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	JAIRO EDISON TIRADO MARTÍNEZ MAURICIO ANDRÉS GONZÁLEZ ANTOLÍNEZ	**Teléfono / Extensión**	4322760
Dependencia	Dirección de Otras Prestaciones		
Objeto del Contrato	Prestar apoyo a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES en las actividades relacionadas con los procesos de reconocimiento y pago de servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC o con presupuestos máximos, reclamaciones de servicios médicos, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito ocasionados por vehículos sin identificar o sin SOAT, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social; lo anterior, conforme a lo establecido en la normativa y manuales vigentes.		
Fecha de Inicio	2/02/2023	**Fecha de Terminación**	1/06/2023

Periodo del Informe de Actividades	**Desde**	2/02/2023	**Hasta**	28/02/2023
Adición y/o Prórroga	N/A			
Suspensión	N/A			
Cesión	N/A			

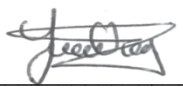
INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES [1]

	Obligación contractual	Actividad desarrollada	Producto y/o Entregables	Alertas, inconvenientes o situaciones especiales que afectan el cumplimiento de la obligación
1	Revisar, analizar y registrar el resultado de la verificación efectuada a las reclamaciones, recobros o cuentas que le sean asignadas junto con los respectivos soportes en las herramientas de sistemas y/o formatos aplicables de acuerdo con los alcances e instrucciones definidas por la respectiva Coordinación de Grupo.	Se revisaron, analizaron y registraron las auditorias correspondientes a los paquetes RG 47 y RG 48.	Se adjunta archivo Excel denominado "Consolidado Producción febrero"	N/A

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

2	Cumplir con las metas de productividad en el proceso de la verificación y auditoría de recobros, reclamaciones y cuentas que le sean asignadas 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 cumplieron las metas de productividad correspondientes a los paquetes asignados RG 47 y RG 48 de reclamaciones.	Se adjunta archivo Excel denominado "Consolidado Producción Febrero"	N/A
3	Apoyar en la elaboración de oficios y demás documentos que se requieran durante el trámite de verificación de las reclamaciones, recobros o cuentas que le sean asignadas	En el periodo objeto de cobro no se ejecutaron actividades con respecto a esta obligación.	N/A	N/A
4	Participar activamente en las capacitaciones, reuniones, conciliaciones y/o mesas de trabajo programadas.	Participe en la capacitación presencial del día 17 de Febrero 2023 "Socialización de alineamientos de Auditoria G48" de 8 a 11 am.	Se adjunta archivo "Capacitación 17 de febrero 2023"	N/A
5	Reportar cualquier situación inconsistente y/o anómala identificada en la revisión documental de las solicitudes de recobros o reclamaciones y documentarla según lo observado en su labor de verificación	En el periodo objeto de cobro no se ejecutaron actividades con respecto a esta obligación.	N/A	N/A
6	Las demás actividades que se deriven del objeto y naturaleza del contrato que para el efecto le asigne el supervisor del contrato	En el periodo objeto de cobro no se ejecutaron actividades con respecto a esta obligación.	N/A	N/A

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



Firma del Contratista
Fecha: 1/03/2023

BALANCE ECONÓMICO

Valor Total Contrato (Inicial + Adición)	Valor Pagado	Valor a Pagar	Saldo Liberado	Saldo por Pagar
16.193.852	**0**	**3.913.514**	**0**	**12.280.338**

La ADRES cancelará al CONTRATISTA, la suma de TRES MILLONES NOVECIENTOS TRECE MIL QUINIENTOS CATORCE PESOS ($ 3.913.514)

PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL PERSONAS NATURALES
Mes de ejecución contractual

CONCEPTO	PLANILLA No.	VALOR	PERIODO		FECHA DE PAGO
			DESDE	HASTA	
Salud	1052781686	202.500	1/02/2023	28/02/2023	20/02/2023
Pensión	1052781686	259.200	1/02/2023	28/02/2023	20/02/2023
ARL	1052781686	8.500	1/02/2023	28/02/2023	20/02/2023

El Contratista tiene otros Contratos de Prestación de Servicios:

SI ☐ NO X

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.

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

OBSERVACIONES	Dentro del periodo de febrero, la supervisión del contrato se llevó a cabo desde el 2 hasta el 5 de febrero por el funcionario Jairo Edison Tirado Martínez y del 6 al 28 de febrero por el funcionario Mauricio Andrés González Antolínez.
ANEXOS	1. Comprobante del pago de los Aportes respectivos al Sistema de Seguridad Social Integral en Salud y Pensiones y/o Aportes Parafiscales por parte del Contratista. 2. Formato de deducciones para efectos de retención en la fuente, suministrado por la entidad. 3. Soportes contractuales cargados en la sección 7 del contrato electrónico (Formato comprimido). 4. Cuenta de cobro o factura, según el Régimen sea Simplificado o Común. a. Si el contratista está obligado a facturar electrónicamente, deberá presentar la factura electrónica validada previamente por la DIAN, como requisito necesario para el pago de los bienes y/o servicios contratados, conforme con las disposiciones señaladas en el Decreto 358 del 5 de marzo de 2020, en concordancia, con lo dispuesto en la Resolución No. 000042 del 5 de mayo de 2020 5. En caso de primer pago debe aportar: a. Los soportes relacionados en el formato de deducciones para efectos de retención en la fuente.

En constancia, firmo:

Jairo Edison Tirado Martínez
Supervisor (es)/Interventor (es)
(Periodo del 2 al 5 de febrero 2023)

Mauricio Andrés González Antolínez
Supervisor (es)/Interventor (es)
(Periodo del 6 al 28 de febrero 2023)

En constancia, el presente documento se entiende aprobado por las partes una vez el usuario supervisor del contrato efectúe la aprobación respectiva en la plataforma de SECOP II.

Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., 1/03/2023

Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envío y pago de su planilla.

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2023-02-20, 03:13:23 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	febrero de 2023
Periodo de Cotización Para Salud	febrero de 2023
Empresa	YOMARA VARGAS
CEDULA CIUDADANIA	CC 52862015
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1052781686
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1928070250
Banco	(1001) - BANCO DE BOGOTA
Valor	$ 470.200
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	www.simple.co

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N800224808	230301	PORVENIR	1	$ 259.200	$ 0
N830113831	EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	1	$ 202.500	$ 0
N860011153	14-23	ARP - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1	$ 8.500	$ 0
		SubTotales:		$ 470.200	$ 0
		Total a Pagar:			$ 470.200

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo



EMPRESA

PARTICULAR

NO. CERTIFICADO	596.793				
CIUDAD	BOGOTÁ D.C. CUNDINAMARCA - MEDICINA LABORAL S.A.S				
FECHA	24/06/2020	**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO		
NO. DOCUMENTO	CC. 52.862.015	**EDAD**	39	**GENERO**	F
NOMBRES Y APELLIDOS:	VARGAS YOMARA				
TIPO DE CARGO	ADMINISTRATIVO	**CARGO U OFICIO**	ANALISTADECUENTAS		

EXAMENES REALIZADOS

ENFASIS OSTEOMUSCULAR - EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

CONCEPTO DE APTITUD	**OTROS CONCEPTOS**
Sin restricciones para el cargo	NA

OBSERVACIONES

USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PARA ESFUERZOS VISUALES

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA - CONTINUAR REALIZANDO EXÁMENES MÉDICOS PERIÓDICOS - SE RECOMIENDA REALIZAR CAPACITACIONES PARA MANTENER Y MEJORAR HIGIENE POSTURAL

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR

SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES - REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA 150 MINUTOS A LA SEMANA DE ACUERDO A INDICACIÓN MEDICA Y TOLERANCIA A LA ACTIVIDAD - MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA - SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS - VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA

Consentimiento informado del aspirante o trabajador

Yo VARGAS YOMARA identificado con CC No. 52.862.015. Autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realice de manera voluntaria el exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización de exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones y riesgos del exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios, a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que Medicina Laboral S.A.S. dé a la misma, autorizo que la información recopilada en las bases de datos puede ser utilizada para la implementación de los Sistemas de Vigilancia Epidemiologica de las empresas y la realización de estudios de investigación con fines científicos. (Ley 1581 de 2012). Suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para el desarrollo del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST).

Profesional

Dra. Diana Latorre L.
Especialista en Salud Ocupacional
Universidad El Bosque
C.C. 20.957.985 Res. 25-5569

DRA DIANA LA TORRE LSO 25-5569

Aspirante o trabajador

CC. 52.862.015

ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2023

Bogotá D.C., 1 de marzo de 2023

Nombres y Apellidos	No. Identificación
YOMARA VARGAS	52.862.015

Que para los efectos que sean pertinentes, me permito aportar la siguiente información personal:
Responsable de IVA: SI ☐ NO X
Código Actividad Económica 8299, Tarifa ICA 9.66
Contrato de Prestación de Servicios Número: No. ADRES-CPS-170-2023
Fecha de Inicio: 02/02/2023 Fecha de Terminación: 01/06/2023
Valor total del Contrato: $ 16.193.852 Prórroga: SI ☐ NO ☒
Valor por concepto de Honorarios 2023: $ 4.048.463

1. 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	1.0.29.140.450	Santiago Pedreros Vargas	Hijos que tienen hasta 18 años de edad y dependen económicamente de mí

(*) 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

CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2023

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.

2. Igualmente, con mi firma declaro: que mi cónyuge _____identificado (a) con la C.C. 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, Obligacion_____de_____, según certificación del año 2023; 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.

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 consigné a Medicina pre-pagada, la suma de ($), (anexo certificación del año inmediatamente anterior) que no supera las 16 UVT mensuales

ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2023

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:



YOMARA VARGAS
Cédula de ciudadanía No. 52.862.015 de Bogotá
Bogotá D.C., 1 DE MARZO 2.023

REPUBLICA DE COLOMBIA

TARJETA DE IDENTIDAD No. 1.029.140.450

APELLIDOS PEDREROS VARGAS

NOMBRES SANTIAGO

07/MAR/2005 SEXO M

CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO G.S. O RH +

28/ABR/2012

BOGOTA D.C. CUNDINAMARCA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

06/MAR/2023 30139064

FECHA DE VENCIMIENTO

PRIMERA VEZ

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL



FIRMA DEL REGISTRADOR MUNICIPAL

INDICE DERECHO

