CIUDAD: BOGOTA D.C.

FECHA: 3 DE ABRIL DE 2023

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: DIANA MARCELA FONSECA

IDENTIFICACIÓN: **CC** ☑ **NIT** ☐ **No.** 52.988.812

CONTRATO No.: ADRES-CPS-347 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: 01 de marzo de 2023 **HASTA:** 31 de marzo de 2023

LA SUMA DE: Cuatro millones cuarenta y ocho mil cuatrocientos sesenta y tres pesos MCTE ($ 4.048.463)

POR CONCEPTO DE HONORARIOS

DIRECCIÓN: Cra 81 # 145d - 15

TELÉFONO: 3016923893

C.C 52988812

Diana Marcela Fonseca

FIRMA
C.C 52.988.812

Contrato No.	ADRES-CPS-347-2023		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	DIANA MARCELA FONSECA		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	ANDREA RODRÍGUEZ SIERRA	**Teléfono / Extensión**	4322760 ext. 1859
Dependencia	DIRECCION 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	9/02/2023	**Fecha de Terminación**	8/06/2023

Periodo del Informe de Actividades	**Desde**	1/03/2023	**Hasta**	31/03/2023
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	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 realiza la revisión y verificación de la factura y sus soportes de reclamaciones correspondientes a los paquetes DISTRIBUCION COMPONENTE FINANCIERO G48NVA PARTE A	Se adjunta archivo en Excel denominado DISTRIBUCION COMPONENTE FINANCIERO G48NVA PARTE A	N/A

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 cumplen las metas de productividad en el proceso de la verificación y auditoría correspondiente al paquete DISTRIBUCION COMPONENTE FINANCIERO G48NVA PARTE A items contenidos en 6858 reclamaciones.	Se adjunta archivo en Excel nombrado: DISTRIBUCION COMPONENTE FINANCIERO G48NVA PARTE A	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 de objeto de cuenta de cobro no se ejecutó actividades relacionadas con esa obligación	N/A	N/A
4	Participar activamente en las capacitaciones, reuniones, conciliaciones y/o mesas de trabajo programadas.	Se asistieron a (1) reuniones programadas: 13032023 Socialización de auditoría_Reclamaciones Personas Juridicas_G48 Enero 2023 Componente financiero 13032023	Se adjunta archivos PDF nombrados: Obligación 4_Reuniones_Marzo	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 cuenta de cobro no se evidenciaron situaciones inconsistentes, en el tramite del paquete DISTRIBUCION COMPONENTE FINANCIERO G48NVA PARTE A	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 de objeto de cuenta de cobro no se ejecutó actividades relacionadas con esa obligación	N/A	N/A

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



Firma del Contratista
Fecha: 3/04/2023

BALANCE ECONÓMICO

Valor Total Contrato (Inicial + Adición)	Valor Pagado	Valor a Pagar	Saldo Liberado	Saldo por Pagar
16.193.852	2.968.873	4.048.463	0	9.176.516

La ADRES cancelará al CONTRATISTA, la suma de cuatro millones cuarenta y ocho mil cuatrocientos sesenta y tres pesos Mda Cte ($ 4.048.463 Mda/cte)

PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL PERSONAS NATURALES
Mes de ejecución contractual

CONCEPTO	PLANILLA No.	VALOR	PERIODO		FECHA DE PAGO
			DESDE	HASTA	
Salud	1053611946	$202.500	1/03/2023	30/03/2023	25/03/2023
Pensión	1053611946	$259.200	1/03/2023	30/03/2023	25/03/2023
ARL	1053611946	$8.500	1/03/2023	30/03/2023	25/03/2023

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: No Aplica

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	No aplica
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:

Andrea Rodriguez Sierra.

Andrea Rodríguez Sierra

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., 3/04/2023

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

ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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

Bogotá D.C., 3 de abril de 2023

Nombres y Apellidos	No. Identificación
Diana Marcela Fonseca	52.988.812

Que para los efectos que sean pertinentes, me permito aportar la siguiente información personal:
Responsable de IVA: SI ☐ NO ☒
Código Actividad Económica 8299, Tarifa ICA 9.66
Contrato de Prestación de Servicios Número: No. ADRES-CPS-347-2023
Fecha de Inicio: 09 de febrero de 2023 Fecha de Terminación: 08 de junio de 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	1028480853	MARIA JOSE GUERRERO FONSECA	
T.I	1031835519	GABRIELA GUERRERO FONSECA	

(*) 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 XXXXXXX identificado (a) con la C.C. No. XXXXXX 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

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:
Diana Marcela Fonseca
Cédula de ciudadanía No. 52.988.812 de Bogotá
Bogotá D.C., 3 de abril 2023

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2023-03-27, 06:04:39 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1053611946

Periodo Cotización: marzo de 2023 **Periodo Servicio:** marzo de 2023 **Referencia pago (PIN):** 8865627690

PAGADO 25/03/2023 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DIANA FONSECA		
Documento	CC52988812	**Dirección**	CL 0 #0 - 0
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3016923893
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																						Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 52988812	DIANA MARCELA FONSECA FONSECA	59	00																	0	30	30	30	0	(231001) COLFONDOS	$ 1.619.385	$ 259.200	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.619.385	$ 202.500	0,522	$ 1.619.385	$ 8.500	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 470.200

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.619.385	$ 1.619.385	$ 1.619.385	$ 0	$ 259.200	$ 202.500	$ 8.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 470.200	$ 0	$ 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!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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