CIUDAD: Bogota D.C.

FECHA: 04/ 07/ 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: WILLIAM ALBERTO MENDOZA SANDOVAL

IDENTIFICACIÓN: **CC** ☑ **NIT** ☐ **No.** 1,030,600,227

CONTRATO No.: ADRES- CPS -724-2023 de 2023

OBJETO: Prestar servicios profesionales a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES en la revisión y verificación de las cuentas que presenten ante la Entidad las entidades recobrantes, los prestadores de servicios de salud y las personas naturales por concepto 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, así como el proceso de reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa.

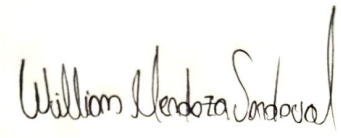
PERIODO COMPRENDIDO DESDE: 8/06/2023 **HASTA:** 30/06/2023

LA SUMA DE: TRES MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS SETENTA PESOS MCTE ($ 3.973.470)

POR CONCEPTO DE HONORARIOS

DIRECCIÓN: TRSV 73 # 11B -33

TELÉFONO: 3202064873



FIRMA
C.C 1.030.600.227

Contrato No.	**ADRES-CPS-724-2023**		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	WILLIAM ALBERTO MENDOZA SANDOVAL		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	Jhan Piero Campos Cuellar William Enrique Torres Rodríguez	**Teléfono / Extensión**	1853
Dependencia	Dirección otras prestaciones		
Objeto del Contrato	Prestar servicios profesionales a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES en la revisión y verificación de las cuentas que presenten ante la Entidad las entidades recobrantes, los prestadores de servicios de salud y las personas naturales por concepto 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, así como el proceso de reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa.		
Fecha de Inicio	8/06/2023	**Fecha de Terminación**	31/12/2023

Periodo del Informe de Actividades	**Desde**	8/06/2023	**Hasta**	30/06/2023
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	Efectuar la revisión, verificación de las cuentas y los soportes presentados ante la ADRES por servicios y tecnologías no financiados con la UPC o con los presupuestos máximos, así como por atenciones en salud e indemnizaciones por accidentes de tránsito ocasionados por vehículos sin identificar o sin SOAT, eventos terroristas y catástrofes de origen natural, conforme los criterios y requisitos previstos en la normativa y manuales	Se efectuó la revisión y verificación de soportes a través de la auditoria de validación de los componentes de cobertura – factura – suministro – Jurídico- Prescripción tal como se evidencia en el archivo denominado "**Soporte 1"**	Se anexa soportes de los componentes revisados y verificados, emitido en la carpeta denominada **"soporte 1".**	N/A

	vigentes.			
2	Registrar los resultados de las tareas asignadas en las herramientas, sistemas y formatos establecidos de acuerdo con los alcances e instrucciones definidas para el efecto.	Se registraron los resultados de auditoría de 70 registros, en los formatos establecidos para la auditoria y validación de los componentes de cobertura, jurídico, suministro, facturación paquete NPM11 Tutela, como se evidencia en el archivo de la asignación denominada "**soporte 1"**	Se anexa soportes de los componentes revisados y verificados, emitido en la carpeta denominada **"soporte 1".**	N/A
3	Cumplir y reportar las metas de productividad y calidad que se fijen por el supervisor del contrato y/o la respectiva Coordinación del Grupo Interno de Verificación y Auditoría de Cuentas en el proceso de la verificación y auditoría de recobros y reclamaciones para dar cumplimiento a los términos establecidos normativamente y/o a los indicados.	Se cumplieron y reportaron las metas de productividad y calidad en el proceso de la verificación y auditoría de 70 recobros, según asignación de los diferentes componentes específicos.	Se anexa soporte de correo emitido, con todos los componentes unificados en la carpeta denominada " **"Soporte 2".**	N/A
4	Apoyar en la elaboración de las respuestas de petición, comunicaciones de resultados de auditoría, actos administrativos, insumos, informes, apoyos, bases de datos y demás documentos que se requieran durante el trámite de las cuentas de servicios y tecnologías en salud no financiados con la UPC o con los presupuestos máximos, las reclamaciones de servicios médicos, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito ocasionados por vehículos sin identificar o sin SOAT, eventos terroristas y catástrofes de origen natural; así como del procedimiento de reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa que adelanta la dirección.	Durante el periodo no actividades relacionadas con esta obligación	N/A	N/A

5	Participar en las capacitaciones, reuniones, conciliaciones y/o mesas de trabajo programadas.	Se asistió a las capacitaciones para el proceso de auditoría a cargo de la Líder de proceso de recobros y la auditora Carolina Andrade. Componente de jurídico Componente de suministro Componente de factura Componente de prescripción Componente cobertura	Se anexa soportes de imagenes de asistencia a las capacitaciones carpeta denominada "**Soporte 3**".	N/A
6	Informar oportunamente a la Coordinación de Grupo Interno de Verificación y Auditoría de Cuentas los casos que, en su actividad propia de análisis y verificación de los soportes requeridos para la presentación de recobros y reclamaciones, identifique como presuntas situaciones anómalas, irregulares, atípicas o posibles casos de intento de fraude al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	Durante este periodo no se asignaron este tipo de actividades	N/A	N/A
7	Las demás actividades que se deriven del objeto y naturaleza del contrato, que para el efecto le asigne la Dirección de Otras Prestaciones.	Se elabora resumen de las Resoluciones objeto de estudio para la Auditoria, Manual de auditoría y Manual de recobros, estipulados para el ejercicio, lo anterior cumpliendo con la instrucción de la líder de recobros.	Se anexa resumen elaborado, denominado **"Soporte 4"**	NA

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



Firma del Contratista
Fecha: 04/07/2023

BALANCE ECONÓMICO

Valor Total Contrato (Inicial + Adición)	Valor Pagado	Valor a Pagar	Saldo Liberado	Saldo por Pagar
$ 41.462.296	$0	$ 3.973.470	$ 0	$37.488.826

La ADRES cancelará al CONTRATISTA, la suma de TRES MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS SETENTA PESOS ($ 3.973.470)

PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL PERSONAS NATURALES
Mes de ejecución contractual

CONCEPTO	PLANILLA No.	VALOR	PERIODO		FECHA DE PAGO
			DESDE	HASTA	
Salud	9453381703	198.700	01/06/2023	30/06/2023	07/07/2023
Pensión	9453381703	254.400	01/06/2023	31/06/2023	07/07/2023
ARL	9453381703	8.300	01/06/2023	30/06/2023	07/07/2023

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: 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 e 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	En este mes se contó con **WILLIAM ENRIQUE TORRES RODRÍGUEZ** como supervisor entre los días 8 de junio de 2023 a 19 de junio de 2023, posteriormente se contó con el supervisor **JHAN PIERO CAMPOS CUELLAR** del 20 al 30 junio del presente año.
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:

WILLIAM ENRIQUE TORRES RODRÍGUEZ
Supervisor (es) /Interventor (es).
08/06/2023 - 19/06/2023

JHAN PIERO CAMPOS CUELLAR
Supervisor (es) /Interventor (es).
20/06/2023-30/06/2023

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

Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., 4/07/2023

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

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 1030600227		MENDOZA SANDOVAL WILLIAM ALBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TRANV 73 # 11 B - 33 CASA 96	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4242732	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-06	2023-06	33333085	9453381703	I	2023/07/10	2023/07/07	BANCO DAVIVIENDA	0	$461,400

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	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,589,388	$254,400			$1,589,388	$198,700			$0	$0			$1,589,388		$8,300		$0	$0		$461,400
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,589,388	$254,400			$1,589,388	$198,700			$0	$0			$1,589,388		$8,300		$0	$0		$461,400
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$1,589,388	$254,400			$1,589,388	$198,700			$0	$0			$1,589,388		$8,300		$0	$0		$461,400
1	CC	1030600227	MENDOZA WILLIAM									X								23030 1	30	$1,589,388	$254,400	EPS005	30	$1,589,388	$198,700		0	$0	$0	14-23	30	$1,589,388	0.522%	$8,300	0	$0	$0	No	$461,400
Total		**Afiliados(1)**																				$1,589,388	$254,400			$1,589,388	$198,700			$0	$0			$1,589,388		$8,300		$0	$0		$461,400

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1030600227		MENDOZA SANDOVAL WILLIAM ALBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TRANV 73 # 11 B - 33 CASA 96	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4242732	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-06	2023-06	33333085	9453381703	I	2023/07/10	2023/07/07	BANCO DAVIVIENDA	0	$461,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$254,400	$0	$0	$254,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$254,400	$0	$0	$254,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$8,300	$0	$0	$8,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$8,300	$0	$0	$8,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$198,700	$0	$0	$198,700
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$198,700	$0	$0	$198,700
TOTAL				1	$461,400	$0	$0	$461,400

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

Bogotá D.C., 04 de julio de 2023

Nombres y Apellidos	No. Identificación
WILLIAM ALBERTO MENDOZA SANDOVAL	1.030.600.227

Que para los efectos que sean pertinentes, me permito aportar la siguiente información personal:
Responsable de IVA: SI ☐ NO ☒
Régimen Simple: SI ☒ NO ☐
Código Actividad Económica 8299, Tarifa ICA 9.66 ver Resolución SDH-000265 del 13 de abril de 2021
Contrato de Prestación de Servicios Número: No. ADRES-CPS-724-2023
Fecha de Inicio: 08 de junio de 2023 Fecha de Terminación: 31 de diciembre 2023
Valor total del Contrato: $41.462.296 Prórroga: SI ☐ NO ☒
Valor por concepto de Honorarios 2023: 5.182.787

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 (*)

(*) CALIDAD DEPENDIENTES

a) Hijos que tienen hasta 18 años 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.

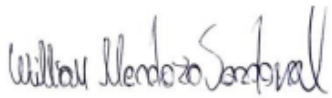
---

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:
WILLIAM ALBERTO MENDOZA SANDOVAL
Cédula de ciudadanía No. 1.030.600.227de Bogotá
Bogotá D.C., 04 de julio de 2023

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL PRE INGRESO

Dirreción: CALLE 19 No. 3-50 p 12 Cs 1202 y 1203
Teléfono: (57 1) 7443001
Web: www.cendiatra.com
Email: contactenos@cendiatra.com

Cendiatra

SEDE	CENDIATRA OCCIDENTE 2	**DIRECCIÓN**	Av. Cra. 68 No. 17 - 96, Zona Industrial Montevideo
TELÉFONO		**EMAIL**	citas.occidente2@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2023-05-17	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	WILLIAM ALBERTO MENDOZA SANDOVAL			Identificación CC	Nro 1030600227
Fecha de Nacimiento	1991-08-23	**Edad**	31	**Sexo**	M
Empresa	PACIENTE OCASIONAL				
Cargo	ABOGADO				
Fecha Ingreso	2023-05-17 11:08:28	**Fecha Salida**	2023-05-17 11:12:13		

EXAMENES

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

CONCEPTO_DE_APTITUD
CONCEPTO DE APTITUD — APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

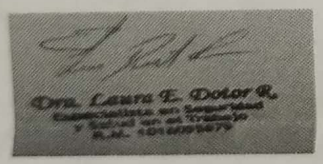
RECOMENDACIONES
OTRAS: — NO PRESENTA

SE_SUGIERE_CONTROL_PROGRAMAS_VIGILANCIA_EPIDEMIOLOGICA
OTROS — NO PRESENTA

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constar quien presento la valoración.

Fui Informado sobre mi estado actual de condiciones salud.



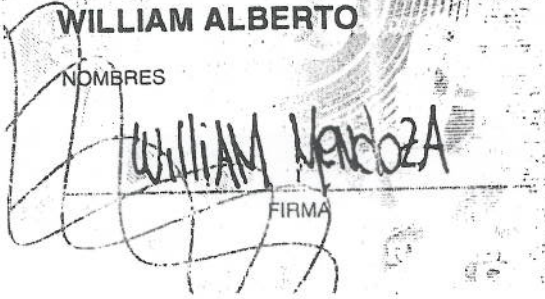
LAURA ESTEFANIA DOTOR RODRIGUEZ
RM: 1016055879/Exp.1526 10/05/2022
Firma y sello del médico

WILLIAM ALBERTO MENDOZA SANDOVAL
CC 1030600227
Firma del trabajador

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.030.600.227**
MENDOZA SANDOVAL
APELLIDOS
WILLIAM ALBERTO
NOMBRES





FIRMA


INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-AGO-1991**
BOGOTA D.C
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

22-OCT-2009 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00203130-M-1030600227-20091213 0019004542A 1 33263778