CIUDAD: BOGOTA D.C.

FECHA: 1 de agosto 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 SAYURI FLOREZ GONZALEZ

IDENTIFICACIÓN: **CC** ☑ **NIT** ☐ **No.** 28.799.471

CONTRATO No.: ADRES-CPS-437-2023

OBJETO: Prestar servicios profesionales a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES relacionados con la revisión, verificación, control y pago de las cuentas que se presenten ante la entidad administradora porlos 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 con o sin SOAT de acuerdo con la normatividad vigente, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social, así como el procesode reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa

PERIODO COMPRENDIDO DESDE: 01 de julio de 2023 **HASTA:** 31 de julio de 2023

LA SUMA DE: Cinco millones ciento ochenta y dos mil setecientos ochenta y siete pesos m/cte. ($5.182.787)

POR CONCEPTO DE HONORARIOS

DIRECCIÓN: Calle 63 Sur No 70 D 75 Torre 6 Apto 704

TELÉFONO: 3144572845

Diana Florez.

FIRMA
C.C 28.799.471

Contrato No.	ADRES-CPS-437-2023		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	DIANA SAYURI FLOREZ GONZALEZ		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	**LUISA FERNANDA DÍAZ GONZALEZ**	**Teléfono / Extensión**	4322760
Dependencia	DIRECCION DE OTRAS PRESTACIONES		
Objeto del Contrato	Prestar servicios profesionales a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES relacionados con la revisión, verificación, control y pago de las cuentas que se presenten ante la entidad administradora por los 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 con o sin SOAT de acuerdo con la normatividad vigente, 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	25 DE ABRIL DE 2023	**Fecha de Terminación**	31 DE DICIEMBRE DE 2023

Periodo del Informe de Actividades	**Desde**	1/07/2023	**Hasta**	31/07/2023
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 y verificación de la correcta aplicación de los criterios de auditoria establecidos del conjunto de cuentas y los soportes presentados ante la ADRES por los servicios y tecnologías no financiados con la UPC, así como, por atenciones en salud e indemnizaciones por accidentes de tránsito ocasionados por vehículos sin identificar o sin SOAT, así como también aquellos asegurados con riesgo diferencial, eventos terroristas y catástrofes de origen natural para acreditar los requisitos previstos con el fin de establecer	Se realizó la revisión y verificación de la correcta aplicación de los criterios de auditoria establecidos delconjunto de cuentas y los soportes presentados ante la ADRES por atenciones en salud e indemnizaciones por accidentes de tránsito ocasionados por vehículos sin identificar o sin SOAT, así como también aquellos asegurados con riesgo diferencial, eventos terroristas y catástrofes de origen natural para acreditar los requisitos previstos con el fin de establecer el valor y estado final de cada reclamación	Se adjunta archivo PDF nombrado RECLAMACIONES G49RG_G51 COMP FINANCIERO y RECLAMACIONES G49RG_G51 COMP FINANCIERO CALIDAD	N/A

	el valor y estado final de cada recobro y/o reclamación.			
2	Registrar los resultados de las tareas asignadas, en las herramientas, sistemas y formatos establecidos, de acuerdo con los alcances e instrucciones definidas por el supervisor del contrato, líder y/o coordinar.	Se realizó el registro los resultados de las tareas asignadas, en las herramientas, sistemas y formatos establecidos, de acuerdo con los alcances e instrucciones definidas por el supervisor del contrato, líder y/o coordinar.	Se adjuntan dos archivos en Excel nombrados RECLAMACIONES G49RG_G51 COMP FINANCIERO y RECLAMACIONES G49RG_G51 COMP FINANCIERO CALIDAD	N/A
3	Informar oportunamente al supervisor y a la Dirección de Otras Prestaciones 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 y documentarla según lo observado en su actividad de verificación	En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación	En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación	N/A
4	Realizar la retroalimentación correspondiente de los criterios de auditoría determinados en la normativa y manuales vigentes, así como en la ejecución de jornadas de capacitación que se requieran en el marco de la validación de resultados de auditoría.	Se realizó retroalimentación de los criterios de auditoría tanto para paquete de reclamaciones nuevas y capacitación para proceso de revisión de respuesta a glosa del componente Financiero.	Se adjunta archivos PDF nombrados REUNION FINANCIERA 05JULIO2023 y REUNION FINANCIERA 21JULIO2023 RG PAQ 54 2	N/A
5	Intervenir cuando se requiera en la ejecución de las diferentes etapas del proceso para determinar la calidad de los resultados de la auditoria efectuada a los servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC y a las reclamaciones por servicios de salud derivados de accidentesde tránsito con vehículos no identificados o no asegurados con póliza /soat, así como también aquellos asegurados	En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación	En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación	N/A

	con riesgo diferencial, eventos catastróficos de origen natural, y eventos terroristas.			
6	Asistir a las reuniones, conciliaciones y/o mesas de trabajo programadas por el supervisor del contrato, la respectiva Coordinación de Grupo y/o líder.	Se asistió a las reuniones, conciliaciones y/o mesas de trabajo programadas por el supervisor del contrato, la respectiva Coordinación de Grupo y/o líder.	Se adjunta carpeta nombrada Reuniones Julio	N/A
7	Participar en la elaboración de los informes que sean requeridos por organismos de control internos y/o externos, así como los diferentes actores involucrados en el proceso de auditoría, validación, reconocimiento y pago.	En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación	En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación	N/A
8	Suministrar los insumos requeridos dentro del proceso de revisión de calidad de los resultados de auditoría de las cuentas presentadas ante la ADRES; así como los que se requieran para el procedimiento de reintegro de las solicitudes de servicios y tecnologías no financiadas con la UPC y de las reclamaciones por atenciones en salud, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito, eventos catastróficos de origen natural y eventos terroristas de que trata el artículo 167 de la Ley 100 de 1993.	En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación	En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación	N/A
9	Atender las solicitudes de ajuste que se requieran en caso de que la revisión de los soportes asignados presente inconsistencia o que el producto entregado en los tiempos establecidos no cumpla con la rigurosidad técnica requerida.	En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación	En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación	N/A
10	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 se reportaron las metas de productividad y calidad dentro del proceso de Verificación y Auditoría de Cuentas objeto de reclamaciones.	Se adjunta carpeta nombrada Reporte Auditorias julio	N/A
11	Apoyar en la realización de actividades de tipo operativo que demande la gestión administrativa requerida por la Dirección de Otras Prestaciones.	En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación	En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación	N/A

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

Diana Florez.

Firma del Contratista
Fecha: 1/08/2023

BALANCE ECONÓMICO

Valor Total Contrato (Inicial + Adición)	Valor Pagado	Valor a Pagar	Saldo Liberado	Saldo por Pagar
COP 49.236.477	COP 11.402.131	COP 5.182.787	0 COP 0	COP 32.651.559

La ADRES cancelará al CONTRATISTA, la suma de Cinco millones ciento ochenta y dos mil setecientos ochenta y siete pesos m/cte. ($ 5.182.787)

PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL PERSONAS NATURALES
Mes de ejecución contractual

CONCEPTO	PLANILLA No.	VALOR	PERIODO		FECHA DE PAGO
			DESDE	HASTA	
Salud	9453022900	259.200	01/07/2023	31/07/2023	25/07/2023
Pensión	9453022900	331.800	01/07/2023	31/07/2023	25/07/2023
ARL	9453022900	10.900	01/07/2023	31/07/2023	25/07/2023

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

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	N/A
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:



_____

Luisa Fernanda Díaz González
Supervisor (es)/Interventor (es)

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., 1/08/2023

[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 28799471		FLOREZ GONZALEZ DIANA SAYURI	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TRAV 70 G NO 63-52 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8008971	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-07	2023-07	63647968	9453022900	I	2023/08/17	2023/07/25	BANCOLOMBIA	0	$601,900

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	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	28799471	FLOREZ GONZALEZ DIANA SAYURI																		25-14	30	$2,073,315	$331,800	EPS005	30	$2,073,315	$259,200		0	$0	$0	14-23	30	$2,073,315	$10,900	0	$0	$0	No	$601,900
Total	**Afiliados(1)**																						$2,073,315	$331,800			$2,073,315	$259,200			$0	$0			$2,073,315	$10,900		$0	$0		$601,900

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 28799471		FLOREZ GONZALEZ DIANA SAYURI	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TRAV 70 G NO 63-52 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8008971	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-07	2023-07	63647968	9453022900	I	2023/08/17	2023/07/25	BANCOLOMBIA	0	$601,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$331,800	$0	$0	$331,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$331,800	$0	$0	$331,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$10,900	$0	$0	$10,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$10,900	$0	$0	$10,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$259,200	$0	$0	$259,200
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$259,200	$0	$0	$259,200
TOTAL				**1**	**$601,900**	**$0**	**$0**	**$601,900**

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

Bogotá D.C., 01 de agosto de 2023

Nombres y Apellidos	No. Identificación
Diana Sayuri Florez Gonzalez	28.799.471

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-437-2023
Fecha de Inicio: 25 de abril de 2023 Fecha de Terminación: 31 de diciembre de 2023
Valor total del Contrato: $ 49.236.477 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 (*)
T.I	1011087569	LAURA VALENTINA RODRIGUEZ FLOREZ	HIJA
T.I	1028485026	MARIA FERNANDA RODRIGUEZ FLOREZ	HIJA

(*) 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.

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

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.

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 SAYURI FLOREZ GONZALEZ
Cédula de ciudadanía No. 28.799.471 de Lerida
Bogotá D.C., 1 de agosto de 2023

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD



NUMERO **1.011.087.569**

RODRIGUEZ FLOREZ

APELLIDOS

LAURA VALENTINA

NOMBRES

Laura Rodriguez

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **09-SEP-2005**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

09-SEP-2023 **O+** **F**

FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

25-OCT-2012 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00414447-F-1011087569-20121130 **00318**06875A 1 1642086303

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.028.485.026**
RODRIGUEZ FLOREZ

APELLIDOS
MARIA FERNANDA

NOMBRES

María Rodríguez

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-AGO-2007**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

28-AGO-2025 **O+** **F**
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

10-OCT-2014 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00652161-F-1028485026-20141212 0041892342A 3 1343100193