CIUDAD: BOGOTÁ

FECHA: 1 DE SEPTIEMBRE 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-643-2023 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: 1/08/2023 **HASTA:** 31/08/2023

LA SUMA DE: **$ 4.048.463** (CUATRO MILLONES CUARENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y TRES 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-643-2023		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	YOMARA VARGAS		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	MAURICIO ANDRÉS GONZÁLEZ ANTOLÍNEZ	**Teléfono / Extensión**	6014322760
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	7/06/2023	**Fecha de Terminación**	31/12/2023

Periodo del Informe de Actividades	**Desde**	1/08/2023	**Hasta**	31/08/2023
Adición y/o Prórroga	N/A			
Suspensión	N/A			
Cesión	N/A			

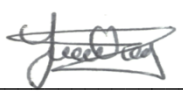
INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES [1]

	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 calidad, validaciones, hallazgos y soportes según se detalla en el archivo Excel "Consolidado Producción agosto 2023"	Se adjunta archivo Excel denominado "Consolidado producción agosto 2023"	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 revisaron, analizaron y registraron las auditorias correspondientes a calidad, validaciones, hallazgos y soportes, según se detalla en el archivo Excel "Consolidado Producción agosto 2023"	Se adjunta archivo Excel denominado "Consolidado producción agosto 2023"	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.	Durante el periodo de cobro participé activamente en las siguientes capacitaciones: Capacitación 24 de agosto 2023 – "Cuenta de Cobro"	Se adjunta soporte denominado "Capacitación 24 de agosto 2023"	
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: 1/09/2023

BALANCE ECONÓMICO

Valor Total Contrato (Inicial + Adición)	Valor Pagado	Valor a Pagar	Saldo Liberado	Saldo por Pagar
28.339.241	**7.287.234**	**4.048.463**	**0**	**17.003.544**

La ADRES cancelará al CONTRATISTA, la suma de CUATRO MILLONES CUARENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y TRES PESOS MCTE. ($ 4.048.463)

PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL PERSONAS NATURALES
Mes de ejecución contractual

CONCEPTO	PLANILLA No.	VALOR	PERIODO		FECHA DE PAGO
			DESDE	HASTA	
Salud	1057048940	202.500	1/08/2023	31/08/2023	24/08/2023
Pensión	1057048940	259.200	1/08/2023	31/08/2023	24/08/2023
ARL	1057048940	8.500	1/08/2023	31/08/2023	24/08/2023

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	Ninguna

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:



Mauricio Andrés González Antolínez
Supervisor (es)/Interventor (es)

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., 1/09/2023

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	2023-08-24, 01:20:56 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	agosto de 2023
Periodo de Cotización Para Salud	agosto de 2023
Empresa	YOMARA VARGAS
CEDULA CIUDADANIA	CC 52862015
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1057048940
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	119160460
Banco	(1007) - BANCOLOMBIA
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	CMRC RECAUDO FOSYGA-ALIANSALUD	1	$ 202.500	$ 0
N860011153	14-23	ARP - POSITIVA COMPAÑIA DE SEG	1	$ 8.500	$ 0
		SubTotales:		$ 470.200	$ 0
		Total a Pagar:			$ 470.200

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 608 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - 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!