CIUDAD: BOGOTÁ D.C.
FECHA: 2/07/2024

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: ROSA MILENA GUALTEROS AMAYA

IDENTIFICACIÓN: **CC** ☑ **NIT** ☐ **No.** 1.073.381.735

CONTRATO No.: ADRES-CPS-294-2024

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 y/o servicios médicos, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de transito ocasionados por vehículos sin identificar o sin SOAT o con póliza a tarifa diferencial por riesgo, 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: 01 de Junio de 2024 **HASTA:** 30 de Junio de 2024

LA SUMA DE: CINCO MILLONES SETESIENTOS UN MIL SESENTA Y SEIS pesos moneda corriente ($5.701.066)

POR CONCEPTO DE HONORARIOS

DIRECCIÓN: Calle 86C # 49A-64

TELÉFONO: 3125175729



FIRMA
ROSA MILENA GUALTEROS AMAYA
C.C. 1.073.381.735

Contrato No.	**ADRES-CPS-294-2024**		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	Rosa Milena Gualteros Amaya		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	MAURICIO PÁEZ VILLALBA	**Teléfono / Extensión**	1868
Dependencia	Dirección de 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 y/o servicios complementarios, reclamaciones de servicios médicos, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito ocasionados por vehículos sin identificar o sin SOAT o con póliza SOAT a tarifa diferencial por riesgo, 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	08/04/2024	**Fecha de Terminación**	7/10/2024

Periodo del Informe de Actividades	**Desde**	1/06/2024	**Hasta**	30/06/2024
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 vigentes.	En el periodo evaluado no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación.	No aplica para el periodo evaluado.	Ninguna para el período evaluado.
2	Registrar los resultados de las tareas asignadas en las		Se adjunta archivo denominado	Ninguna para el período evaluado.

	herramientas, sistemas y formatos establecidos de acuerdo con los alcances e instrucciones definidas para el efecto.	Se registró los resultados de las tareas asignadas en las herramientas, sistemas y formatos establecidos para: **1.** E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ–2103 Ítems. **2.** causal RNEC -2033 ítems Total, Ítems revisados 4136	Cumplimiento de Obligaciones 2, 3 y 6. (junio).xlsx	
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 cumplió y reporto las metas de productividad y calidad en el proceso de verificación y auditoría de reclamaciones para: **1.** E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ –224 Ítems. **2.** causal RNEC -2033 ítems Total, Ítems revisados 4136	Se adjunta archivo denominado Cumplimiento de Obligaciones 2, 3 y 6. (junio).xlsx	Ninguna para el período evaluado.
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.	En el periodo evaluado no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación.	En el periodo evaluado no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación.	Ninguna para el período evaluado.

5	Participar en las capacitaciones, reuniones, conciliaciones y/o mesas de trabajo programadas.	Se participó en las siguientes reuniones: **1.** Reunión virtual (café: socialización del lenguaje claro y simplicidad de documentos.) 06/06/2024 **2.**Reunión virtual (Curso de ciberseguridad: correo electrónico) 12/06/2024 **3.** Capacitación contratación lineamientos de evaluación de ofertas) 13/06/2024 **4.**Reunión virtual (Retroalimentación) 21/06/2024	Se adjunta archivo denominado Reuniones junio	Ninguna para el período evaluado.
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.	Se informó oportunamente sobre las presuntas situaciones anómalas, irregulares, atípicas o posibles casos de intento de fraude al Sistema General de Seguridad Social en Salud de: **1.** E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ –224 Ítems. **2.** causal RNEC -2033 ítems Total, Ítems revisados 4136	Se adjunta archivo denominado Cumplimiento de Obligaciones 2, 3 y 6. (junio).xlsx	Ninguna para el período evaluado.
7	Las demás actividades que se deriven del objeto y naturaleza del contrato, que para el efecto le asigne la Dirección de Otras Prestaciones.	En el periodo evaluado no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación.	No aplica para el período	Ninguna para el período evaluado.

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



Firma del Contratista
Rosa Milena Gualteros Amaya
Fecha: 2/07/2024

BALANCE ECONÓMICO

Valor Total Contrato (Inicial + Adición)	Valor Pagado	Valor a Pagar	Saldo Liberado	Saldo por Pagar
COP $ 34.206.396	**COP $10.071.883**	**COP $5.701.066**	**COP $ 0**	**COP $ 18.433.447**

La ADRES cancelará al CONTRATISTA, la suma de CINCO MILLONES SETECIENTOS UN MIL SESENTA Y SEIS PESOS ($5.701.066)

PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL PERSONAS NATURALES
Mes de ejecución contractual

CONCEPTO	PLANILLA No.	VALOR	PERIODO		FECHA DE PAGO
			DESDE	HASTA	
Salud	9469153806	$285.200	1/06/2024	30/06/2024	26/06/2024
Pensión	9469153806	$365.000	1/06/2024	30/06/2024	26/06/2024
ARL	9469153806	$12.000	1/06/2024	30/06/2024	26/06/2024

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: N/A

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: **MAURICIO PÁEZ VILLABA** Supervisor **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., 2/07/2024	

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1073381735		GUALTEROS AMAYA ROSA MILENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 12 21 88	CHIQUINQUIRA-BOYACA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-06	2024-06	731187961	9469153806	I	2024/07/09	2024/06/26	BANCO DAVIVIENDA	0	$662,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,281,000	$365,000			$2,281,000	$285,200			$0	$0			$2,281,000	$12,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,281,000	$365,000			$2,281,000	$285,200			$0	$0			$2,281,000	$12,000		$0	$0
Ciudad: CHIQUINQUIRA Depto: BOYACA (1 Afiliados)					$2,281,000	$365,000			$2,281,000	$285,200			$0	$0			$2,281,000	$12,000		$0	$0
1	CC	1073381735	GUALTEROS ROSA	230301	30	$2,281,000	$365,000	EPS008	30	$2,281,000	$285,200		0	$0	$0	14-23	30	$2,281,000	$12,000	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$2,281,000	$365,000			$2,281,000	$285,200			$0	$0			$2,281,000	$12,000		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1073381735		GUALTEROS AMAYA ROSA MILENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 12 21 88	CHIQUINQUIRA-BOYACA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-06	2024-06	731187961	9469153806	I	2024/07/09	2024/06/26	BANCO DAVIVIENDA	0	$662,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$365,000	$0	$0	$365,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$365,000	$0	$0	$365,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$12,000	$0	$0	$12,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$12,000	$0	$0	$12,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$285,200	$0	$0	$285,200
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$285,200	$0	$0	$285,200
TOTAL				1	$662,200	$0	$0	$662,200