CIUDAD: BOGOTA

FECHA: 02/07/2024

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: Carlos Andrés López Carmona

IDENTIFICACIÓN: **CC** **NIT** **No.** 1.012.339.299

CONTRATO No.: ADRES-CPS-258-2024 de Bogotá

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 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.

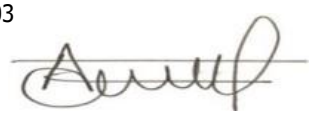
PERIODO COMPRENDIDO DESDE: 01/06/2024 **HASTA:** 30/06/2024

LA SUMA DE: Cinco millones setecientos un mil sesenta y seis pesos mcte ($ 5.701.066)

POR CONCEPTO DE Honorarios

DIRECCIÓN: Cl 6d No 79a 76 bosques de castilla Torre 1 Apto 503

TELÉFONO: 3017449064



FIRMA
C.C 1.012.339.299

Contrato No.	ADRES-CPS-258-2024		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	Carlos Andrés López Carmona		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	Heidy Patricia Parra Chavarro	**Teléfono / Extensión**	601 4322760
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 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	31/01/2024	**Fecha de Terminación**	30/07/2024

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			

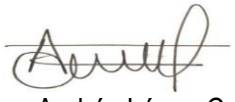
INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES [i]

	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 financiadoscon con la UPC o con los presupuestos máximos, así como, por atenciones en salud e indemnizaciones por accidentes de tránsito	Se efectuó, la revisión, verificación de **4533** ítems de las cuentas y los soportes correspondientes a los paquetes Distribución_29007_RG Distribución_G61RG	Se anexa soporte de archivos en Excel. carpeta obligaciones1,2,3	N/A

	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.			
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 registró los resultados de las tareas asignadas en las herramientas, sistemas y los formatos establecidos. De **4533** ítems de las cuentas A los paquetes. Distribución_29007_RG Distribución_G61RG	Se anexa soporte de archivos en Excel. carpeta obligaciones1,2,3	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 dela verificación y auditoría de recobros y reclamaciones para dar cumplimiento a los términos establecidos normativamente y/o a los indicados.	Se cumplió y reportó con las metas de productividad y calidadfijadas por el supervisor. Establecidos de **4533** ítems de las cuentas de los paquetes. Distribución_29007_RG Distribución_G61RG	Se anexa soporte de archivos en Excel. carpeta obligaciones1,2,3	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	En el periodo de objeto de cuenta de cobro no se ejecutó actividades relacionadas con esa obligación.	N/A	N/A

	con los presupuestos máximos, las reclamaciones de servicios médicos, y gastos derivados de accidentes de tránsito ocasionados por vehículos sin identificar 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.			
5	Participar oportunamente en las capacitaciones, reuniones, conciliaciones y/o mesas de trabajo programadas.	En el periodo de objeto de cuenta de cobro no se ejecutó actividades relacionadas con esa obligación.	N/A	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 de seguridad social en salud.	En el periodo de objeto de cuenta de cobro no se ejecutó actividades relacionadas con esa obligación.	N/A	N/A
7	Las demás actividades que se deriven del objetos y naturaleza del contrato, que para el efecto le asigne la Dirección de otras prestaciones.	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.



Carlos Andrés López Carmona

Firma del Contratista
Fecha: 2/07/2024

BALANCE ECONÓMICO

Valor Total Contrato (Inicial + Adición)	Valor Pagado	Valor a Pagar	Saldo Liberado	Saldo por Pagar
$34.206.396	$22.994.300	$5.701.066	$0	$5.511.030

La ADRES cancelará al CONTRATISTA, la suma de Cinco millones setecientos un mil sesenta y seis pesos M/C ($5.701.066)

PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL PERSONAS NATURALES
Mes de ejecución contractual

CONCEPTO	PLANILLA No.	VALOR	PERIODO		FECHA DE PAGO
			DESDE	HASTA	
Salud	77922113	285.200	1/06/2024	30/06/2024	14/06/2024
Pensión	77922113	365.000	1/06/2024	30/06/2024	14/06/2024
ARL	77922113	12.000	1/06/2024	30/06/2024	14/06/2024

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.

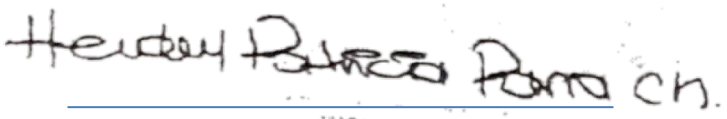
2. Apruebo los informes, productos y demás documentos presentados y entregados por el (la) Contratista durante el periodo mencionado en desarrollo de las obligaciones pactadas en el Contrato o Convenio en mención.

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:



Heidy Patricia Parra Chavarro
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., 2/07/2024

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1012339299	CARLOS ANDRES LOPEZ CARMONA	Cl 6 d # 79a 76	9401621	carlos.carmona8010@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-06	2024-06	I	14/06/2024	77922113	$662.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	285.200	0		0		0	0	0	0	285.200	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	365.000	0	0	0	0	0	0		365.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	12.000				12.000	0	0	12.000			120	12.000	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	285.200	285.200
Pensión	1	365.000	365.000
Riesgos Laborales	1	12.000	12.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	662.200	662.200

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1012339299	CARLOS ANDRES LOPEZ CARMONA	Cl 6 d # 79a 76	9401621	carlos.carmona8010@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-06	2024-06	I	14/06/2024	77922113	$662.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1012339299	LOPEZ CARMONA CARLOS ANDRES	59	0			N																	230301	2.280.826	365.000	0	0	0	0	EPS005	2.280.826	285.200	14-23	2.280.826	1	12.000		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información