**CIUDAD: Bogota D.C.**

**FECHA: 02 de Julio de 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:** JIMMY ALEXANDER PEÑUELA LEGUIZAMO

**IDENTIFICACIÓN:** **CC** ☑ **NIT** ☐ **No.** 79.972.608

**CONTRATO No.:** ADRES-CPS- 261 de 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 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 de Junio de 2024 **HASTA:** 30 de Junio de 2024

**LA SUMA DE:** CINCO MILLONES SETECIENTOS UN MIL SESENTA Y SEIS PESOS M/C ($5,701,066.oo)

**POR CONCEPTO DE** HONORARIOS

**DIRECCIÓN:** CR 12 H BIS B 28 C 23 SUR

**TELÉFONO:** 3223381442

Jimmy Alexander Peñuela.

**FIRMA**
**C.C 79972608**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Contrato No.** | ADRES-CPS-261-2024 | | |
| **Nombre del Contratista y/o Representante Legal** | JIMMY ALEXANDER PEÑUELA LEGUIZAMO | | |
| **Nombre del Supervisor y/o Interventor** | RENA LISAG MORALES HERNÁNDEZ | **Teléfono / Extensión** | 4322760 |
| **Dependencia** | DIRECCION 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** | 31 DE ENERO DE 2024 | **Fecha de Terminación** | 30 DE JULIO DE 2024 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Periodo del Informe de Actividades** | **Desde** | 01 DE JUNIO DE 2024 | **Hasta** | 30 DE JUNIO DE 2024 |
| **Adición y/o Prórroga** | N/A | | | |
| **Suspensión** | N/A | | | |
| **Cesión** | N/A | | | |

**INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES**

| | 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. | Se efectuó la revisión y verificación de las reclamaciones de personas jurídicas presentadas ante la ADRES. | Se adjunta archivo nombrado "Consolidado validaciones Comp. financiero JUNIO2024 "en formato pdf Carpeta Obligación 1 | N/A |
| 2 | Registrar los resultados de las tareas asignadas, en las herramientas, sistemas y formatos establecidos, de acuerdo con los alcances e | Se registró el estado de las reclamaciones en las herramientas establecidas, aplicativo | Adjunto archivo nombrado "Estado validaciones Comp. Soportes y financiero | N/A |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | instrucciones definidas para el efecto. | . | JUNIO2024" en formato pdf Carpeta Obligación 2 | |
| 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 la productividad y calidad diaria según las metas establecidas | Adjunto archivo nombrado "Evidencia reporte productividad JUNIO2024" en formato pdf Carpeta Obligación 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 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 objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron 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 reunión de lineamientos generales para la auditoria de la Dirección de Otras Prestaciones | Adjunto archivo nombrado" evidencias JUNIO2024 Carpeta obligación 5 | 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. | En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación. | N/A | N/A |
| 7 | Las demás actividades que se deriven del objeto y naturaleza del contrato, que | En el periodo objeto de cuenta de cobro no se | N/A | N/A |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | para el efecto le asigne la Dirección de Otras Prestaciones. | ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación. | | |

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



Firma del Contratista
Fecha: 02 de julio de 2024

**BALANCE ECONÓMICO**

| Valor Total Contrato (Inicial + Adición) | Valor Pagado | Valor a Pagar | Saldo Liberado | Saldo por Pagar |
|---|---|---|---|---|
| COP 34.206.396 | COP 22.994.300 | COP 5.701.066 | 0 COP 0 | COP 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** | 77283932 | $285.200 | 1/05/2024 | 31/05/2024 | 6/06/2024 |
| **Pensión** | 77283932 | $365.000 | 1/05/2024 | 31/05/2024 | 6/06/2024 |
| **ARL** | 77283932 | $12.000 | 1/05/2024 | 31/05/2024 | 6/06/2024 |

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.<br>2. Formato de deducciones para efectos de retención en la fuente, suministrado por la entidad.<br>3. Soportes contractuales cargados en la sección 7 del contrato electrónico (Formato comprimido).<br>4. Cuenta de cobro o factura, según el Régimen sea Simplificado o Común.<br>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<br>5. En caso de primer pago debe aportar:<br>a. Los soportes relacionados en el formato de deducciones para efectos de retención en la fuente. |

**En constancia, firmo:**

RENA LISAC MORALES HERNÂNDEZ
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.**, 2/07/2024

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 | 79972608 | JIMMY ALEXANDER PEÑUELA LEGUIZAMO | CARRERA 12 H BIS B 28C 23SUR BOGOTA | 3223381442 | yimalex20@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 | |
| 2024-05 | 2024-05 | I | 06/06/2024 | 77283932 | $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 | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 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 |
| CC | 79972608 | JIMMY ALEXANDER PEÑUELA LEGUIZAMO | | CARRERA 12 H BIS B 28C 23SUR BOGOTA | 3223381442 | yimalex20@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | |

| EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|---|
| 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 | |
| 2024-05 | 2024-05 | I | 06/06/2024 | 77283932 | $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 | 79972608 | PEÑUELA LEGUIZAMO JIMMY ALEXANDER | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 2.281.000 | 365.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 2.281.000 | 285.200 | 14-23 | 2.281.000 | 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