CIUDAD: Bogota D.C.

FECHA: 16/09/2024

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: MARCELA ROSIO FORERO RIAÑO

IDENTIFICACIÓN: **CC** ☑ **NIT** ☐ **No.** 52.305.477

CONTRATO No.: ADRES-CPS-620 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: 5/08/2024 **HASTA:** 31/08/2024

LA SUMA DE: Cuatro millones novecientos cuarenta mil novecientos veinticuatro pesos mcte ($ 4.940.924)

POR CONCEPTO DE HONORARIOS

DIRECCIÓN: Carrera 35 Nro. 1 H 52

TELÉFONO: 3124365144

FIRMA Marcela Rosio Forero Riaño
C.C 52305477

Contrato No.	ADRES-CPS-620-2024		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	MARCELA ROSIO FORERO RIAÑO		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	WILLIAM ENRIQUE TORRES RODRIGUEZ	**Teléfono / Extensión**	1867
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	5/08/2024	**Fecha de Terminación**	31/12/2024

Periodo del Informe de Actividades	**Desde**	5/08/2024	**Hasta**	31/08/2024
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	Adelantar la verificación y aplicación de los criterios de auditoria establecidos al conjunto de cuentas y los soportes presentados ante la ADRES por los servicios y tecnologías no financiados con la UPC, así como para las atenciones en salud e indemnizaciones por	Se adelantó la verificación y aplicación de los criterios de auditoria establecidos al conjunto de cuentas y los soportes presentados Asignacion RG62_Alta V1_Medico_(Marcela Forero_(649 Ítems contenido en 53 reclamaciones).	Se adjunta evidencia en Excel mes de agosto archivo nombrado: A Asignacion RG62_Alta V1_Medico_(649 Ítems contenido en 53 reclamaciones).	n/a

	accidentes de tránsito, eventos terroristas y catástrofes de origennatural con el fin de establecer el estado final de cada recobro y/o reclamación y elvalor a reconocede r.	Se adelantó la verificación y aplicación de los criterios de auditoria establecidos al conjunto de cuentas y los soportes presentados Asignacion RG62_Baja V1_Medico_(Marcela Forero_(718 Ítems contenido en 159 reclamaciones).	Se adjunta evidencia en Excel mes de agosto archivo nombrado: A Asignacion RG62_Baja V1_Medico_(718 Ítems contenido en 159 reclamaciones).	
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 registro los resultados de las tareas asignadas en las herramientas, sistemas y formatos establecidos de Asignacion RG62_Alta V1_Medico_(Marcela Forero_(649 Ítems contenido en 53 reclamaciones). Se registro los resultados de las tareas asignadas en las herramientas, sistemas y formatos establecidos de Asignacion RG62_Baja V1_Medico_(Marcela Forero_(718 Ítems contenido en 159 reclamaciones).	Se adjunta evidencia en Excel mes de agosto archivo nombrado: A Asignacion RG62_Alta V1_Medico_(649 Ítems contenido en 53 reclamaciones). Se adjunta evidencia en Excel mes de agosto archivo nombrado: A Asignacion RG62_Baja V1_Medico_(718 Ítems contenido en 159 reclamaciones).	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 de la verificación y auditoría de recobros y reclamaciones para dar cumplimiento a los términos establecidos	Se cumplió, y se reportó con la meta de productividad y calidad en el proceso de Asignacion RG62_Alta V1_Medico_(Marcela Forero_(649 Ítems contenido en 53 reclamaciones). Se cumplió, y se reportó con la meta de productividad y	Se adjunta evidencia en Excel mes de agosto archivo nombrado: A Asignacion RG62_Alta V1_Medico_(649 Ítems contenido en 53 reclamaciones). . Se adjunta evidencia en Excel	n/a

	normativamente y/o a los indicados.	calidad en el proceso de Asignacion RG62_Baja V1_Medico_(Marcela Forero_(718 Ítems contenido en 159 reclamaciones).	mes de agosto archivo nombrado: A Asignacion RG62_Baja V1_Medico_(718 Ítems contenido en 159 reclamaciones).	
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, las reclamaciones de servicios médicos, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito, 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 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
5	Participar en las capacitaciones, reuniones, conciliaciones y demás actividades que se requieran con relación al alcance y objeto contractual, así como en la gestión administrativa requerida por la Dirección de Otras Prestaciones.	Se participó en la capacitación presencial. Tema: Generalidades paquetes Próximos auditoria Fecha: Lun 12/08/2024 Hora: 14:30 a 15:00 Tema: Capacitación de contratación: Supervisión General	Se adjunta evidencia listados de asistencia en pdf.	n/a

		Fecha: Vie 16/08/2024 Hora: 9:00 a 10:00 Tema: Socialización de resultados del ejercicio de Ingeniería Social Fecha: Mié 21/08/2024 Hora: 10:00 a 10:45 Tema: Capacitación Soportes G64 Nuevas Fecha: Mar 27/08/2024 Hora: 8:00 a 9:00		
6	Informar oportunamente al líder del proceso, 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
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 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.



Marcela Rosio Forero Riaño
Firma del Contratista
Fecha: 16/09/2024

BALANCE ECONÓMICO

Valor Total Contrato (Inicial + Adición)	Valor Pagado	Valor a Pagar	Saldo Liberado	Saldo por Pagar
28.505.330	0	4.940.924	0	23.564.406

La ADRES cancelará al CONTRATISTA, Cuatro millones novecientos cuarenta mil novecientos veinticuatro pesos m/cte ($ 4.940.924)

PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL PERSONAS NATURALES
Mes de ejecución contractual

CONCEPTO	PLANILLA No.	VALOR	PERIODO		FECHA DE PAGO
			DESDE	HASTA	
Salud	30572180	$290.900	1/07/2024	31/07/2024	16/09/2024
Pensión	30572180	$372.400	1/07/2024	31/07/2024	16/09/2024
ARL	30572180	$12.300	1/07/2024	31/07/2024	16/09/2024

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: 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	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:



WILLIAM ENRIQUE TORRES RODRIGUEZ
Supervisor (es)/Interventor (es

En constancia, el presente documento se entiende aprobado por las partes una vez el usuario supervisor del contrato efectue la aprobacion respectiva en la plataforma de SECOP II.
Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., 16/09/2024

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

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	MARCELA ROSIO FORERO RIAÑO
IDENTIFICACIÓN:	CC-52305477
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	01
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	adres
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2024-09-16
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2024-08-21
FECHA DE PAGO:	2024-09-16
ENTIDAD DE PAGO:	NEQUI
PERÍODO PENSIÓN:	2024-07
PERÍODO SALUD:	2024-07
NÚMERO PLANILLA:	30572180
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	30572180
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS017	830003564	FAMISANAR	1	$ 2.283.000	$ 0	$ 0	$ 5.500	$ 285.400	$ 290.900
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 2.283.000	$ 0	$ 0	$ 7.100	$ 365.300	$ 372.400
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 2.283.000	$ 0	$ 0	$ 300	$ 12.000	$ 12.300
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 12.900	$ 662.700	$ 675.600

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	18/09/2024

CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2024

Bogotá D.C., 16 de septiembre de 2024

Nombres y Apellidos	No. Identificación
Marcela Rosio Forero Riaño	52305477

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 7010, Tarifa ICA 8,66
Contrato de Prestación de Servicios Número: No. ADRES-CPS-620-2024
Fecha de Inicio: 05/08/2024 Fecha de Terminación: 31/12/2024
Valor total del Contrato: $ 28.505.330 Prórroga: SI ☐NO ☒
Valor por concepto de Honorarios 2024: 4.940.924

1. Declaro bajo gravedad de juramento que al terminar el año 2024 SI ☐ NO ☒ tomaré costos o deducciones asociadas a rentas de trabajo.

   En caso de responder **SI** a la opción anterior no diligenciar los puntos 2 en adelante.

2. Declaro bajo gravedad de juramento 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 por el artículo 387 del Estatuto Tributario, para lo cual adjunto documentación que así lo certifica:

TIPO DE DOCUMENTO	No. DE DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	CALIDAD DEPENDIENTE (*)
CC	1000731009	Kevin Steven Cerón Forero	Hijo

(*) CALIDAD DEPENDIENTES

a) Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad.
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.

CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2024

c) Los hijos del contribuyente mayores de dieciocho (18) años que se encuentren en situación de dependencia, originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.
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.

3. 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, Obligación _____ de _____, según certificación del año gravable 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 artículo 387 del estatuto tributario nacional, párrafo 1, hasta 100 uvt mensuales.

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, 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, 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 prepagada, servicios complementarios de salud, 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 2024

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:
Marcela Rosio Forero Riaño
Cédula de ciudadanía No. 52305477 de Bogotá
Bogotá D.C., 16/09/2024

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14791560531

(415)7707212489984(8020) 000001479156053 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 2 3 0 5 4 7 7	9	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	52305477	1995/11/25

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
FORERO	RIAÑO	MARCELA	ROSIO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CARR 21 N 63 A 53

42. Correo electrónico: marfor30@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 2 4 3 6 5 1 4 4	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica						Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
7 0 1 0	2021/01/04	8 5 4 2	2021/02/04	8 5 4 1			

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 4 9																									

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros																				Exportadores					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código																						57. Modo			
																						58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2022 - 05 - 23 / 12 : 33: 51

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre FORERO RIAÑO MARCELA ROSIO

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO