CIUDAD: BOGOTA D.C.

FECHA: 01 De Agosto 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: EBER ADOLFO OVIEDO GALLEGO

IDENTIFICACIÓN: **CC** ☑ **NIT** ☐ **No.** 16,939,525

CONTRATO No.: ADRES-CPS-286-2024

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

PERIODO COMPRENDIDO DESDE: 01 de Agosto de 2024 **HASTA:** 05 de Agosto de 2024

LA SUMA DE: NOVECIENTOS CINCUENTA MIL CIENTO SETENTA Y OCHO PESOS MCTE ($ 950.178 MCTE)

POR CONCEPTO DE HONORARIOS

DIRECCIÓN: Calle 6 sur # 23-137 torre 9 Apto 604

TELÉFONO: 3134902825

Eber Adolfo Oviedo Gallego

FIRMA
C.C 16.939.525 de Cali

Contrato No.	ADRES-CPS- 286-2024		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	EBER ADOLFO OVIEDO GALLEGO		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	JHAN PIERO CAMPOS CUELLAR	**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	06 DE FEBRERO DE 2024	**Fecha de Terminación**	05 DE AGOSTO DE 2024

Periodo del Informe de Actividades	**Desde**	1/08/2024	**Hasta**	5/08/2024
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	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,	Se realizó la revisión, análisis y verificación de los soportes presentados a la ADRES de las Recobros asignados: 1.1.REINTEGRO270620 23 HOJA 9 BASE DE TRABAJO DEL 1 AL 5 DE AGOSTO	Se Adjunta carpeta Obligaciones ADRES-CPS-486-2024 agosto subcarpeta obligción 1,2.3,4,6 y 7 con archivos en Excel.	N/A

	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 realizó la revisión, análisis y verificación de los soportes presentados a la ADRES de las Recobros asignados: 1.1.REINTEGRO27062023 HOJA 9 BASE DE TRABAJO DEL 1 AL 5 DE AGOSTO	Se Adjunta carpeta Obligaciones ADRES-CPS-486-2024 agosto subcarpeta obligción 1,2.3,4,6 y 7 con archivos en Excel.	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 normativamente y/o a los indicados.	Se realizó la revisión, análisis y verificación de los soportes presentados a la ADRES de las Recobros asignados: 1.1.REINTEGRO27062023 HOJA 9 BASE DE TRABAJO DEL 1 AL 5 DE AGOSTO	Se Adjunta carpeta Obligaciones ADRES-CPS-486-2024 agosto subcarpeta obligción 1,2.3,4,6 y 7 con archivos en Excel.	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,	Se realizó la revisión, análisis y verificación de los soportes presentados a la ADRES de las Recobros asignados: 1.1.REINTEGRO27062023 HOJA 9 BASE DE TRABAJO DEL 1 AL 5 DE AGOSTO	Se Adjunta carpeta Obligaciones ADRES-CPS-486-2024 agosto subcarpeta obligción 1,2.3,4,6 y 7 con archivos en Excel.	N/A

	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.			
5	Participar en las capacitaciones, reuniones, conciliaciones y/o mesas de trabajo programadas.	Se realizó la revisión, análisis y verificación de los soportes presentados a la ADRES de las Recobros asignados: No se asiste a reuniones y capacitaciones programas.	No Se Adjunta carpeta Obligaciones ADRES-CPS-486-2024 agosto.	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.	Se realizó la revisión, análisis y verificación de los soportes presentados a la ADRES de las Recobros asignados: 1.1.REINTEGRO27062023 HOJA 9 BASE DE TRABAJO DEL 1 AL 5 DE AGOSTO	Se Adjunta carpeta Obligaciones ADRES-CPS-486-2024 agosto subcarpeta obligción 1,2.3,4,6 y 7 con archivos en Excel.	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	Se realizó la revisión, análisis y verificación de los soportes presentados a la ADRES de las Recobros asignados: 1.1.REINTEGRO27062023 HOJA 9 BASE DE TRABAJO DEL 1 AL 5 DE AGOSTO	Se Adjunta carpeta Obligaciones ADRES-CPS-486-2024 agosto subcarpeta obligción 1,2.3,4,6 y 7 con archivos en Excel.	N/A

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

Eber Adolfo Oviedo Gallego

Firma del Contratista
Fecha: 3/09/2024

BALANCE ECONÓMICO

Valor Total Contrato (Inicial + Adición)	Valor Pagado	Valor a Pagar	Saldo Liberado	Saldo por Pagar
COP 34.206.396	33.256.218	COP 950.178	0 COP	0 COP

La ADRES cancelará al CONTRATISTA, la suma de NOVECIENTOS CINCUENTA MIL CIENTO SETENTA Y OCHO PESOS MCTE ($ 950.178 MCTE)

PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL PERSONAS NATURALES
Mes de ejecución contractual

CONCEPTO	PLANILLA No.	VALOR	PERIODO		FECHA DE PAGO
			DESDE	HASTA	
Salud	79686742	285.400	1/08/2024	31/08/2024	26/08/2024
Pensión	79686742	365.200	1/08/2024	31/08/2024	26/08/2024
ARL	79686742	12.000	1/08/2024	31/08/2024	26/08/2024

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	Incluir información relevante no descrita en otro acápite, solo si aplica, no es necesario reiterar información
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:



JHAN PIERO CAMPOS CUELLAR
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., 3/09/2024

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

ADRES	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO	GCON-FR02
	FORMATO	INFORME DE CUMPLIMIENTO Y PAGO FINAL.	VERSIÓN	03
			FECHA	10/05/2021

Contrato No.	ADRES-CPS-286-2024		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	EBER ADOLFO OVIEDO GALLEGO		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	JHAN PIERO CAMPOS CUELLAR	**Teléfono / Extensión**	6014322769 Ext 1234
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	**06/02/2024**	**Fecha de Terminación**	**05/08/2024**

Periodo del Informe de Actividades	**Desde**	06/02/2024	**Hasta**	05/08/2024
Adición y/o Prórroga	N/A			
Suspensión	N/A			
Cesión	N/A			
Terminación	05/08/2024			

INFORME DE EJECUCIÓN ECONÓMICA Y FINANCIERA

CONCEPTO	VALOR
Valor inicial del Contrato o Convenio	34.206.396
Valor adiciones	0
Valor total incluidas las adiciones	0
Valor pagado o desembolsado al Contratista.	33.256.218
Valor Pendiente por pagar al Contratista	950.178
Valor para reintegrar o reintegrado por parte del Contratista.	0
Valor a liberar	0
Valor liberado	0
Valor total ejecutado	34.206.396

INFORME DE EJECUCIÓN

Para garantizar el cumplimiento del objeto del contrato, según lo pactado, el contratista constituyó garantía única de cumplimiento con la Compañía de Seguros (Seguros del estado) como sigue:

Póliza No.	AMPAROS	VALORES ASEGURADOS	VIGENCIAS	
			FECHA INICIO	*FECHA FINAL*
14-46-101107143	Cumplimiento Del Contrato	$8.551.599	31/01/2024	20/02/2025

Trámites Sancionatorios (Si aplica)

OBLIGACION(ES) INCUMPLIDA(S)	TRÁMITE
-	-

INFORME DE EJECUCIÓN TÉCNICA

En el evento que la forma de pago se haya pactado por % de ejecución deberá diligenciar el siguiente cuadro para cada caso:

OBLIGACIÓN	EJECUCIÓN	CAUSAS	ACCIONES ADOPTADAS
N/A	N/A	N/A	N/A

Existen obligaciones específicas pos-ejecución (Aquella obligación que se extiende más allá del plazo de ejecución y/o de liquidación):

SI ☐ NO ☒

En caso afirmativo relacionar las obligaciones:

OBLIGACIÓN	FECHA DE CUMPLIMIENTO	FECHA DE VERIFICACIÓN (*)
-	-	-

DESARROLLO DEL CONTRATO O CONVENIO

- El contratista presentó informes de ejecución de las actividades a su cargo, los cuales contaron con el visto bueno del Supervisor(a), de la siguiente manera:

  a) Del período comprendido entre el 02/02/2024 al 29/02/2024
  b) Del período comprendido entre el 01/03/2024 al 31/03/2024
  c) Del período comprendido entre el 01/04/2024 al 30/04/2024
  d) Del período comprendido entre el 01/05/2024 al 31/05/2024
  e) Del período comprendido entre el 01/06/2024 al 30/06/2024
  f) Del período comprendido entre el 01/07/2024 al 31/07/2024
  g) Del período comprendido entre el 01/08/2024 al 01/08/2024

VERIFICACIÓN ENTREGA DE DOCUMENTOS, EQUIPOS Y/O ELEMENTOS

Incluir las obligaciones generales de orden administrativo que implican verificación y entrega de documentos, software, bases de datos, tarjetas de ingreso, carnet, elementos y equipos, etc, de conformidad con los requisitos establecidos para el efecto.

OBLIGACIÓN	VERIFICACION	
	Cumple	No Cumple
N/A	☒	☐

De conformidad con lo anterior, LA SUPERVISIÓN CERTIFICA QUE:

1. El (la) Contratista durante el periodo de ejecución del contrato, desarrolló y cumplió con las obligaciones generales especificaciones, presentó y entregó los productos y/o informes establecidos en el Contrato o Convenio en mención.
2. Entrego los siguientes productos (Aplica en el evento que se haya pactado por producto relacionar los mismos y fecha de entrega)
3. Verifique la matriz de riesgos del contrato y se estableció, que no se materializo ninguno de los riesgos

OBSERVACIONES	No aplica

En constancia, firmo:



JHAN PIERO CAMPOS CUELLAR
Supervisor (es)/Interventor (es)

Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., 03/09/2024

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	16939525	EBER ADOLFO OVIEDO GALLEGO	calle 6 sur N 23- 137	8287328	eber348@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	MADRID		NO

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	
2024-08	2024-08	I	26/08/2024	79686742	$662.600	

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	285.400	0		0		0	0	0	0	285.400	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
231001	Colfondos	800227940-6	365.200	0	0	0	0	0	0		365.200	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	285.400	285.400
Pensión	1	365.200	365.200
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	662.600	662.600

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	16939525	EBER ADOLFO OVIEDO GALLEGO		calle 6 sur N 23- 137	8287328	eber348@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	MADRID		NO

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	
2024-08	2024-08	I	26/08/2024	79686742	$662.600	

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	16939525	OVIEDO GALLEGO EBER ADOLFO	59	0			N																	231001	2.282.427	365.200	0	0	0	0	EPS005	2.282.427	285.400	14-23	2.282.427	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