CIUDAD: BOGOTA D.C

FECHA: 1/11/2024

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: JULIO CESAR MEDINA HERRERA

IDENTIFICACIÓN: **CC** ☑ **NIT** ☐ **No.** 8.854.622

CONTRATO No.: ADRES-CPS-623 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: 1/10/2024 **HASTA:** 31/10/2024

LA SUMA DE: CINCO MILLONES SETECIENTOS UN MIL SESENTA Y SEIS PESOS M/CTE ($ 5.701.066 M/CTE)

POR CONCEPTO DE HONORARIOS

DIRECCIÓN: CRA 87b # 8a - 72 TORRE 8 APTO 731

TELÉFONO: 300 517 30 76



FIRMA
C.C 8.854.622

Contrato No.	ADRES-CPS-623-2024		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	Julio Cesar Medina Herrera		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	Luisa Fernanda Diaz	**Teléfono / Extensión**	Incluir Tel. o Ext.
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	2/08/2024	**Fecha de Terminación**	31/12/2024

Periodo del Informe de Actividades	**Desde**	1/10/2024	**Hasta**	31/10/2024
Adición y/o Prórroga	NA			
Suspensión	NA			
Cesión	NA			

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,	Se realizó la revisión y verificación de calidad de las bases HOJA 8 27062023 DOP Y BASE DE TRABAJO HOJA 9 SURA	Se adjunta archivo EXCEL: 1.Consolidado_LBASE DE TRABAJO HOJA 9 SURA_DEL 01 AL 25 DE OCTUBRE.	NA

	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 y verificación de calidad de las bases HOJA 8 27062023 DOP Y BASE DE TRABAJO HOJA 9 SURA	Se adjunta archivo EXCEL: 1.Consolidado_LBASE DE TRABAJO HOJA 9 SURA_DEL 01 AL 25 DE OCTUBRE.	NA
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 reportó envio diario de la productividad mediante correo electrónico de auditoria de reclamaciones en componente financiero.	Se adjunta archivo PDF Pantalla Reporte Correos De Produccion en viados a Apoyo técnico y coordinación de proceso.	NA
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 este periodo no se ejecutó esta actividad.	NA	NA

5	Participar en las capacitaciones, reuniones, conciliaciones y/o mesas de trabajo programadas.	Se asistió a capacitación y socialización de criterios de auditoria de servicios de, DUPLICADO REINTREGROS Y los días 03 de octubre del 2024.	Se adjunta archivo PDF CAPACITACIONES OCTUBRE como soporte de asistencia a capacitaciones	NA
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 este periodo no se ejecutó esta actividad.	NA	NA
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 este periodo no se ejecutó esta actividad.	NA	NA

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



_____ _____

Firma del Contratista
Fecha: 1/11/2024

BALANCE ECONÓMICO

Valor Total Contrato (Inicial + Adición)	Valor Pagado	Valor a Pagar	Saldo Liberado	Saldo por Pagar
$28.505.330	$11.212.096	$5.701.066	$0	$11.592.168

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

PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL PERSONAS NATURALES Mes de ejecución contractual					
CONCEPTO	PLANILLA No.	VALOR	PERIODO		FECHA DE PAGO
			DESDE	HASTA	
Salud	9474050385	$ 285.100	1/10/2024	31/10/2024	15/10/2024
Pensión	9474050385	$ 365.000	1/10/2024	31/10/2024	15/10/2024
ARL	9474050385	$ 12.000	1/10/2024	31/10/2024	15/10/2024

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	NA

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:



Firmado por Luisa Fernanda Diaz Gonzalez el 01/11/2024 a las 07:43:34 COT

Luisa Fernanda Diaz Gonzalez

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., 1/11/2024

[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 8854622		MEDINA HERRERA JULIO CESAR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 7 90-81 CASA 72	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1111111	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10	978384112	9474050385	I	2024/11/08	2024/10/15	NEQUI	0	$662,100

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)					$2,280,800	$365,000			$2,280,800	$285,100			$0	$0			$2,280,800	$12,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,280,800	$365,000			$2,280,800	$285,100			$0	$0			$2,280,800	$12,000		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$2,280,800	$365,000			$2,280,800	$285,100			$0	$0			$2,280,800	$12,000		$0	$0
1	CC	8854622	MEDINA JULIO	231001	30	$2,280,800	$365,000	EPS005	30	$2,280,800	$285,100		0	$0	$0	14-23	30	$2,280,800	$12,000	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$2,280,800	$365,000			$2,280,800	$285,100			$0	$0			$2,280,800	$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 8854622		MEDINA HERRERA JULIO CESAR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 7 90-81 CASA 72	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1111111	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10	978384112	9474050385	I	2024/11/08	2024/10/15	NEQUI	0	$662,100

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
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	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	$285,100	$0	$0	$285,100
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$285,100	$0	$0	$285,100
TOTAL				1	$662,100	$0	$0	$662,100