CIUDAD: Bogotá

FECHA: 01 de noviembre 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: EDGAR HERNANDO ACOSTAMONTENEGRO

IDENTIFICACIÓN: **CC** ☑ **NIT** ☐ **No.** 93.406.824

CONTRATO No.: ADRES-CPS-619-2024

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 UPCo 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: 01/10/2024 **HASTA:** 31/10/2024

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

COMCEPTO HONORARIOS

DIRECCIÓN: CL 67 F 65 A 33 Bogotá D.C

TELÉFONO: 3153695185

Edgar Hernando Acosta Montenegro

FIRMA
C.C 93.406.824

Contrato No.	ADRES-CPS-619 -2024		
Nombredel Contratista y/o Representante Legal	EDGARHERNANDO ACOSTA MONTENEGRO		
Nombredel Supervisor y/o Interventor	WILLIAM ENRIQUE TORRES RODRIGUEZ	**Teléfono / Extensión**	6014322769 Ext 1234
Dependencia	Dirección Otras Prestaciones		
Objetodel 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 Informede Actividades	**Desde**	01/10/2024	**Hasta**	31/10/2024
Adición y/o Prórroga	N/A			
Suspensión	N/A			
Cesión	N/A			

INFORMEPARCIAL DE EJECUCIÓN DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES [i]

	Obligacióncontractual	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	Durante el mes de octubre no se realizó apoyo en la realización de actividades de tipo operativo que demande la gestión administrativa requerida por la Dirección de Otras Prestaciones	N/A	N/A

	no financiados con la UPC, así como para las atenciones en salud e indemnizaciones por accidentes de tránsito, eventos terroristas y catástrofes de origen natural con el fin de establecer el estado final de cada recobro y/o reclamación y el valor a reconocer			
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	Durante el mes de octubre e se realizó apoyo en la realización de actividades de tipo operativo que demande la gestión administrativa requerida por la Dirección de Otras Prestaciones	N/A	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.	Durante el mes de octubre se ejecutaron actividades correspondientes a la presente obligación, se envía consolidado 1. Asignaciones Diarias paquete RG61 2. verificación diaria de reclamaciones asignadas habilitación 3. verificación de historia clínica glosas aplicadas 4. verificar y cargar glosas alaplicativo y matriz	130 reclamaciones auditadas y registradas en aplicativo ADRES y matriz	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	realizando auditoria a reclamaciones a soportes epicrisis ordenes medicas medicamentos	130 reclamaciones auditas y registradas en aplicativo ADRES y matriz	N/A

	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 reconocidos sin justa causa que adelanta la dirección de otras prestaciones.			
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 participa y aplican las indicaciones e instrucciones dadas encada una de las capacitaciones y/o mesas de trabajo realizadas	Soporte de reuniones Agosto anteriormente mencionadas,en archivos PDF	N/A
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	Durante el mes de octubre nose realizó apoyo en la realización de actividades de tipo operativo que demande la gestión administrativa requerida por la Dirección de Otras Prestaciones	N/A	N/A

	Situaciones anómalas, irregulares, atípicas o posibles casos de intento de fraude al Sistema General de Seguridad Social en Salud.			
7	Las demás actividades que se deriven del objeto y naturaleza del contrato, que para el efecto le asigne la Dirección de Otras Prestaciones.	Durante el mes de octubre se atendieron las solicitudes de ajuste de validaciones y de calidad suministradas por la coordinación	Archivo Excel de las actividades correspondientes.	N/A

Hagoconstar quedurante el periodoreportado se adelantaron las anteriores obligaciones y/o actividades.

Edgar Hernando Acosta Montenegro

Firmadel Contratista
Fecha: 01/11/2024

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/CTE ($5.701.066)

PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL PERSONAS NATURALES
Mes de ejecución contractual

CONCEPTO	PLANILLA No.	VALOR	PERIODO		FECHA DE PAGO
			DESDE	HASTA	
Salud	81200729	300.000	1/10/2024	31/10/2024	24/10/2024
Pensión	81200729	384.000	1/10/2024	31/10/2024	24/10/2024
ARL	81200729	12.600	1/10/2024	31/10/2024	24/10/2024

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: N/A

INFORMEPARCIAL DE SUPERVISIÓN

De conformidad conel seguimientoa laejecución 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 lamatriz 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 E. Torres R.

Firmado por William Enrique Torres Rodriguez el 01/11/2024 a las 09:18:20 COT

WILIAMENRIQUE TORRES RODRIGUEZ
Supervisor (es)/Interventor (es)

En constancia, elpresentedocumento 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., 01/11/2024

[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	93406824	EDGAR HERNANDO ACOSTA MONTENEGRO		Calle 67 65 33	7442565	monikmesao@hotmail.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	
2024-10	2024-10	I	24/10/2024	81200729	$696.600	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	300.000	0		0		0	0	0	0	300.000	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	384.000	0	0	0	0	0	0		384.000	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	12.600				12.600	0	0	12.600			126	12.600	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	300.000	300.000
Pensión	1	384.000	384.000
Riesgos Laborales	1	12.600	12.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	696.600	696.600

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
CC	93406824	EDGAR HERNANDO ACOSTA MONTENEGRO		Calle 67 65 33	7442565	monikmesao@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	
2024-10	2024-10	I	24/10/2024	81200729	$696.600	

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. x 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	93406824	ACOSTA MONTENEGRO EDGAR HERNANDO	57	0			N																	25-14	2.400.000	384.000	0	0	0	0	EPS008	2.400.000	300.000	14-23	2.400.000	1	12.600		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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