CIUDAD: Bogotá D.C.

FECHA: 5/04/2021

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: WILLIAM MARROQUIN MANCERA

IDENTIFICACIÓN: **CC** ☑ **NIT** ☐ **No.** 79.501.966 de Bogotá

CONTRATO No.: ADRES-CPS-151-2021

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, reclamaciones de servicios médicos, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito ocasionados por vehículos sin identificar o sin SOAT, 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 a favor del sistema por recobros apropiados o reconocidos sin justa causa; lo anterior, conforme a lo establecido en la normativa y manuales vigentes.

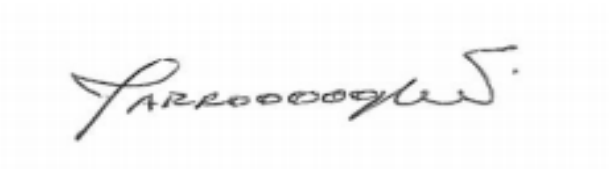
PERIODO COMPRENDIDO DESDE: 8/03/2021 **HASTA:** 31/03/2021

LA SUMA DE: TRES MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS QUINCE PESOS m/c ($ 3,568.515)

POR CONCEPTO DE HONORARIOS

DIRECCIÓN: Transversal 120 A # 129 D - 68 Bloque 194 Apartamento 107 Conjunto La Pradera.

TELÉFONO: 3134805284



FIRMA WILLIAM MARROQUIN MANCERA
C.C 79.501.966 de Bogotá

Contrato No.	ADRES-CPS-151-2021		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	William Marroquin Mancera		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	Mayra Alejandra Perez Bejarano	**Teléfono / Extensión**	4322760 / Ext 00
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, reclamaciones de servicios médicos, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito ocasionados por vehículos sin identificar o sin SOAT, 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 a favor del sistema por recobros apropiados o reconocidos sin justa causa; lo anterior, conforme a lo establecido en la normativa y manuales vigentes.		
Fecha de Inicio	8/03/2021	**Fecha de Terminación**	30/06/2021

Periodo del Informe de Actividades	**Desde**	8/03/2021	**Hasta**	31/03/2021
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, inconvenie situacione especiales afectan el cumplimie 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, así como, por atenciones en salud e indemnizaciones por accidentes de tránsito ocasionados por vehículos sin identificar o sin SOAT, eventos	Se efectuó la revisión y verificación de cuentas presentadas ante la ADRES recobros. por servicios y tecnologías no financiadas con la UPC.	Adjunto Carpeta archivos Excel y Word con Evidencia de realización y entrega. (Evidencia Obligación Nro 1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 10 ,11 ,13)	Ninguna

	terroristas y catástrofes de origen natural para acreditar los requisitos previstos en la normativa y manuales vigentes, generando conclusiones y resultados respecto al cumplimiento de los requisitos previstos para aprobar o negar las solicitudes de reconocimientos radicadas.				
2	Efectuar la revisión y análisis de la aplicación de los criterios de auditoria al conjunto de cuentas y los soportes presentados ante la ADRES por los servicios y tecnologías no financiados con la UPC, 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 para acreditar los requisitos previstos con el fin de establecer el valor y estado final de cada recobro y/o reclamación, lo anterior con respecto a lo auditado por los analistas del Grupo Interno de Verificación y Auditoría de Cuentas.	Se llevó a cabo la revisión y análisis de los soportes presentados por las entidades y personas naturales recobrantes realizando el análisis para acreditar los requisitos normativos , según la siguiente descripción:consistencia reclamaciones EPS- de conformidad a los manuales y capacitación impartida.	Adjunto Carpeta archivos Excel y Word con Evidencia de realización y entrega. (Evidencia Obligación Nro 1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 10 ,11 ,13)	Ninguna	
3	Apoyar a la Dirección de Otras Prestaciones en la proyección de conceptos requeridos para soportar técnicamente recomendaciones en el marco del proceso de defensa judicial de la ADRES.	Durante el periodo no se asignaron actividades relacionadas con esta obligación.	No Aplica	Ninguna	
4	Registrar los resultados de las tareas asignadas, en las herramientas, sistemas y formatos establecidos, de acuerdo con los alcances e instrucciones definidas por el supervisor del contrato.	Se realizó el registro de los resultados de la verificación de de reclamaciones en el archivo Excel asignado base de datos Excel Recobros , con reporte diario sobre evolución avances y novedades.	Adjunto Carpeta archivos Excel y Word con Evidencia de realización y entrega. (Evidencia Obligación Nro 1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 10 ,11 ,13)	Ninguna	
5	Participar en la estructuración, definición e implementación de los manuales, procesos y	Se participa en la aplicación de los manuales de auditoria y operativos acatando los	Adjunto Carpeta archivos Excel y Word con Evidencia	Ninguna	

	procedimientos asociados con la revisión, verificación y auditoria de las cuentas por concepto de recobros y reclamaciones.	lineamientos establecidos en el marco normativo y asignaciones.	de realización y entrega. (Evidencia Obligación Nro 1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 10 ,11 ,13)		
6	Adelantar las actividades relacionadas con el proceso de reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa, que el supervisor le asigne, en virtud del artículo 7º de la Ley 1949 de 2019 y las que las modifiquen o sustituyan.	Durante el periodo no se asignaron actividades relacionadas con esta obligación.	No Aplica	Ninguna	
7	Cumplir con las metas de productividad y calidad 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 por el supervisor del contrato y/o la respectiva Coordinación de Grupo.	Se dio cumplimiento a las metas relacionadas con productividad y verificación de auditoria de recobros y reclamaciones, de conformidad a las indicaciones dadas y dentro de los términos establecidos.	Adjunto Carpeta archivos Excel y Word con Evidencia de realización y entrega. (Evidencia Obligación Nro 1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 10 ,11 ,13)	Ninguna	
8	Realizar las actividades relacionadas con el alistamiento de la información para el pre cierre y cierre de los paquetes de recobros y reclamaciones que le sean asignadas.	Se realizó actividades de alistamiento según lineamietos entregados. Bases de dato recobros	Adjunto Carpeta archivos Excel y Word con Evidencia de realización y entrega. (Evidencia Obligación Nro 1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 10 ,11 ,13)	Ninguna	
9	Brindar apoyo a la gestión en las actividades de seguimiento y monitoreo del proceso de recobros y reclamaciones, a través de la validación de la consistencia de la información generada a partir de las fuentes internas y externas.	Se brindo apoyo gestionando el seguimiento y monitoreo de reclamaciones, validando el soporte y la consistencia de la información contenida en el aplicativo SII_ECAT .	Adjunto Carpeta archivos Excel y Word con Evidencia de realización y entrega. (Evidencia Obligación Nro 1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 10 ,11 ,13)	Ninguna	

10	Participar activamente en las capacitaciones, reuniones, conciliaciones y/o mesas de trabajo programadas.	Se participo en las convocatorias a reuniones, capacitaciones y demás requerimientos ordenados.	Adjunto Carpeta archivos Excel y Word con Evidencia de realización y entrega. (Evidencia Obligación Nro 1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 10 ,11 ,13)	Ninguna	
11	Informar oportunamente 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.	Se informó al supervisor y a la dirección de otras prestaciones , las observaciones pertinentes a nivel de los resultados de la auditoria; para cada uno de los recobros presentados.	Adjunto Carpeta archivos Excel y Word con Evidencia de realización y entrega. (Evidencia Obligación Nro 1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 10 ,11 ,13)	Ninguna	
12	Apoyar y brindar los insumos requeridos dentro del procedimiento de reintegro de las solicitudes de servicios y tecnologías no financiadas con la UPC y de las reclamaciones por atenciones en salud, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito, eventos catastróficos de origen natural y eventos terroristas de que trata el artículo 167 de la Ley 100 de 1993.	Durante el periodo no se asignaron actividades relacionadas con esta obligación.	No Aplica	Ninguna	
13	Las demás actividades que se deriven del objeto y naturaleza del contrato, que para el efecto le asigne el supervisor del contrato.	Se dio alcance a la totalidad de los requerimientos indicados dentro de las asignaciones y actividades delegadas.	Adjunto Carpeta archivos Excel y Word con Evidencia de realización y entrega. (Evidencia obligación Nro 1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 10 ,11 ,13)	Ninguna	

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



Firma del Contratista
Fecha: 5/04/2021

BALANCE ECONÓMICO

Valor Total Contrato (Inicial + Adición)	Valor Pagado	Valor a Pagar	Saldo Liberado	Saldo por Pagar
$ 18.618.340	$ 0	$ 3.568.515.	$ 0	$ 15.049.825.

La ADRES cancelará al CONTRATISTA, la suma de TRES MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS QUINCE PESOS ($ 3.568.515).

PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL PERSONAS NATURALES
Mes de ejecución contractual

CONCEPTO	PLANILLA No.	VALOR	PERIODO		FECHA DE PAGO
			DESDE	HASTA	
Salud	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Pensión	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
ARL	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

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.

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 y el contratista. 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. 5. Dos (2) medios magnéticos contentivos de las actividades realizadas en las obligaciones, productos y/o informes, en el Contrato o Convenio en mención. 6. En caso de primer pago debe aportar: a. Los soportes y el formato de deducciones para efectos de retención en la fuente. b. Examen médico preocupacional . *Este examen tendrá vigencia máxima de tres (3) años y será válido para todos los contratos que suscriba el contratista. En el caso de perder su condición de contratista por un periodo superior a seis (6) meses continuos, deberá realizarse nuevamente el examen. c. Si es régimen común debe adjuntar la resolución de facturación de la DIAN.

_____

Mayra Alejandra Perez Bejarano
Supervisor /Interventor

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., 5/04/2021

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

CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2021

Nombres y Apellidos	No. Identificación
William Marroquín Mancera	79.501.966

Que para los efectos que sean pertinentes, me permito aportar la siguiente información personal:
Régimen del impuesto sobre las ventas al que pertenezco: COMUN SIMPLIFICADO ☒

Código Actividad Económica 8211 Tarifa ICA 9,66

Contrato de Prestación de Servicios Número: No. ADRES-CPS-151-2021

Fecha de Inicio: 08/03/2021 Fecha de Terminación: 30/06/2021
Valor inicial del Contrato$ 18.618.340
Valor total del contrato: $ 18.618.340
Prórroga: SI ☐ NO ☒
Valor mensual por concepto de Honorarios: $ 4.654.585.

1. Declaro bajo gravedad de juramento que para desarrollar la actividad por prestación de Honorarios y por compensación por servicios personales, no he contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados, por lo cual solicito aplicar la retención en la fuente del Art. 383, servicio clasificado como Renta de trabajo según el artículo 103 del Estatuto Tributario. De la misma manera, en el momento en que contrate o vincule dos (2) o más trabajadores asociados a mi actividad económica, me comprometo a informarles.
2. Declaro bajo gravedad de juramento en el marco de lo estipulado en el Decreto 099 de 2013, Artículo 387 del Estatuto Tributario, 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 de la norma precitada, para lo cual adjunto documentación que así lo certifica:

TIPO DE DOCUMENTO	No. DE DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	CALIDAD DEPENDIENTE (*)

(*) CALIDAD DEPENDIENTES

a) Hijos que tienen hasta 18 años de edad y dependen económicamente de mí.

CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2021

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.
c) Hijos mayores de 23 años que se encuentran en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos 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 Ruth Jacqueline Chávez Domínguez identificado (a) con la C.C. No.52.328.004 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, Obligacion_____de_____, según certificación del año 2019; 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 Decreto 099 de 2013, articulo 2, numeral1, hasta 100 uvt.

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, modificado por el artículo 23 de la ley 633 de 2000, y además disposiciones legales vigentes.

CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2021

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, modificado por el artículo 23 de la ley 633 de 2000, 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 consigno a Medicina pre-pagada _____ la suma de ($), (anexar certificación del año inmediatamente anterior)_____que no supera las 16 UVT mensuales

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,

Cédula de ciudadanía: 79.501.966
Bogotá D.C 5/04/2021