

CESAR DE JESUS CAMARGO LOPEZ
79266362
CARRERA 4 A # 30 64
3017555038
CECAMARGOL@HOTMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

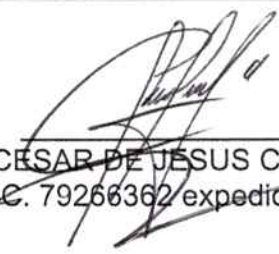
Fecha de Diligenciamiento:	2024-11-26		
NOMBRES Y APELLIDOS:	CESAR DE JESUS CAMARGO LOPEZ		
DOCUMENTO:	79266362		
DIRECCIÓN:	CARRERA 4 A # 30 64	TELÉFONO:	3017555038
CORREO ELECTRONICO:	CECAMARGOL@HOTMAIL.COM		

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que en la declaración de renta del año gravable 2024 si tomaré costos y deducciones

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° CONTRATO:	CD20245124		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL GRUPO DE TRABAJO DE FACTURACION DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.		
RP:	6064.	CDP:	1465
FECHA INICIO:	2024-09-30	FECHA FINAL:	2024-12-31
VALOR CONTRATO:	4.800.000,00	VALOR A PAGAR:	2.400.000,00
BANCO A CONSIGNAR:	BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	Ahorros
No. CUENTA:	221272636		
CDP - ADICION:	1899	RP - ADICION:	7324
VALOR ADICION:	2.400.000,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	Noviembre		

FIRMA


CESAR DE JESUS CAMARGO LOPEZ
C.C. 79266362 expedida en BOGOTA D.E



FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO

CODIGO: GJC23F
VERSION: 003
FECHA DE ULTIMA REVISION:
22/08/2024
PAGINA 1 de 1

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y

CÉSAR DE JESÚS CAMARGO LÓPEZ

CON C.C N° 79266362

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL GRUPO DE TRABAJO DE FACTURACIÓN DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES No. CD20245124 DE FECHA INICIO 1/10/2024

II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO
(Deben ser coherentes con las actividades específicas del objeto del contrato)

1	SE TRAMITÓ LAS AUTORIZACIONES CORRESPONDIENTES CON DIFERENTES EPS DE EGRESOS DE SUS AFILIADOS (163 EGRESOS) DEL PISO 7
2	VERIFICACIÓN DE CENSOS DEL AREA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA, COMPROBANDO LA DOCUMENTACIÓN DE INGRESO DE 125 USUARIOS Y AUTORIZACIONES DEL PISO 7
3	SOLICITUD DE SOPORTES Y/O DOCUMENTACIÓN FALTANTE AL INGRESO DE LOS PACIENTES NUEVOS EN EL SERVICIO AL AREA DE ADMISIONES DEL PISO 7
4	VERIFICACIÓN DIARIA DE CENSOS ENVIADOS POR EL AREA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA CON LO RELACIONADO EN AREA DE ENFERMERIA PROMEDIO DE 34 PACIENTES DIARIO
5	GESTION DIARIA DE LOS MODULOS CORRESPONDIENTES CON LA INFORMACIÓN REQUERIDA PARA LA FACTURACION Y RADICACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS PISO 7
6	TRABAJO EN COORDINACION CON LAS DIFERENTES AREAS PARA TRAMITE Y SOPORTES DE AUTORIZACIONES DE PACIENTES DE MEDICINA INTERNA Y AISLAMIENTO
7	TRAMITE TELEFONICO DE AUTORIZACIONES PARA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS, ADICIÓN DE ESTANCIA Y CIRUGÍAS, SOLICITADOS POR MEDICOS ESPECIALISTAS
8	DELIGENCIAMIENTO DE TRASLADO EN AMBULANCIA A DOMICILIO DE PACIENTES CON SU RESPECTIVA AUTORIZACIÓN
9	TRABAJO EN COORDINACION CON LAS DIFERENTES AREAS PARA TRAMITE Y SOPORTES DE AUTORIZACIONES DE USUARIOS DE CANGURO

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9476492898	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	EPS SANITAS	13/11/2024	162.500
PENSIÓN:	COLPENSIONES	13/11/2024	208.000
RIESGOS LABORALES:	ARL POSITIVA	13/11/2024	31.700

IV. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

- 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
- 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social por el valor que exige la Ley, pago del cual anexo copia simple.
- 3.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

V. ANEXOS

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

FIRMA DEL CONTRATISTA:

N°. IDENTIFICACIÓN:

79266362

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79266362		CAMARGO LOPEZ CESAR DE JESUS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carre 4a N° 30 - 64	SANTA MARTA-MAGDALENA	3017555038	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	54449076	9476492898	I	2024/11/18	2024/11/13	BANCO DE OCCIDENTE	0	\$402,200

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	Codigo	Días	IBC	Aporte	
Sucursales PRINCIPAL (1 Afiliados)																							
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							
Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)																							
1	CC 79266362	CAMARGO CESAR	25-14	30	\$1,300,000	\$208,000	EP5005	30	\$1,300,000	\$162,500		0	\$0	\$0	14-23	30	\$1,300,000	\$31,700			\$0	\$0	
Total Afiliados(1)					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$0	\$0			\$1,300,000	\$31,700			\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79766362		CAMARGO LOPEZ CESAR DE JESUS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carre 4a N° 30 - 64	SANTA MARTA-MAGDALENA	3017555038	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo	Clave	Tipo	Fecha	Pago	Valor
Pensión	Pago	Planilla	Limite	Pago	Valor
2024-10	54449076	9476492898	2024/11/18	2024/11/13	\$402,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$208,000	\$0	\$0	\$208,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$208,000	\$0	\$0	\$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$31,700	\$0	\$0	\$31,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$31,700	\$0	\$0	\$31,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$162,500	\$0	\$0	\$162,500
SANITAS	EP5005	800,251,440	6	1	\$162,500	\$0	\$0	\$162,500
TOTAL				1	\$402,200	\$0	\$0	\$402,200

	FORMATO INFORME DE SUPERVISOR	Código: GJC22F	Versión: 1
		FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/01/2024	

**CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y
CESAR DE JESUS CAMARGO LOPEZ identificado con C.C. 79266362**

Fecha de Diligenciamiento:	2024-11-26
-----------------------------------	-------------------

I. DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL GRUPO DE TRABAJO DE FACTURACION DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.				
N° CONTRATO:	CD20245124	RP:	6064.0	CDP:	1465
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	4.800.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:	2.400.000,00		
FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2024-09-30	FECHA DE FINALIZACION:	2024-12-31		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIO JAVIER MANCERA SIERRA				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	GRUPO DE TRABAJO DE CONTABILIDAD				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

CDP - ADICION:	1899	RP - ADICION:	7324	VALOR CONTRATO CON ADICION:	2.400.000,00
-----------------------	------	----------------------	------	------------------------------------	--------------

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

IV. CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS

- El contrato se encuentra debidamente legalizado: SI
- El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades: SI
- Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en su respectiva carpeta contractual: SI
- Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002: SI

Teniendo en cuenta lo anterior, en mi calidad de supervisor doy visto bueno para el respectivo pago correspondiente al periodo del mes de Noviembre

V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES


MARIO JAVIER MANCERA SIERRA
 85203465
 GRUPO DE TRABAJO DE CONTABILIDAD