ALVARO RAFAEL DIAZGRANADOS CAMARGO
19389950
CALLE 13 #14-45 GAIRA
3008100451
ALVAROGAIRA@HOTMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2026-01-29**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	ALVARO RAFAEL DIAZGRANADOS CAMARGO		
DOCUMENTO:	19389950		
DIRECCIÓN:	CALLE 13 #14-45 GAIRA	TELÉFONO:	3008100451
CORREO ELECTRONICO:	ALVAROGAIRA@HOTMAIL.COM		

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que en la declaración de renta del año gravable 2025 no tomaré costos y deducciones

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° CONTRATO:	CD20260681
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN EL AREA DE AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

RP:	658	CDP:	1	FECHA INICIO:	2026-01-19	FECHA FINAL:	2026-04-30

VALOR CONTRATO:	16.000.000,00	VALOR A PAGAR:	4.000.000,00

BANCO A CONSIGNAR:	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	116100153075

CDP - ADICION:	N/A	RP - ADICION:	N/A	VALOR ADICION:	0,00

PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Enero**

FIRMA

ALVARO RAFAEL DIAZGRANADOS CAMARGO
C.C. 19389950 expedida en SANTA MARTA

HJMB HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE	**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

ALVARO RAFAEL DIAZGRANADOS CAMARGO

CON C.C N° 19.389.950 DE SANTA MARTA

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN EL AREA DE AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS DE LA ESE HOSPITAL JULIO MENDEZ BARRENECHE.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**CD20260681**	**DE FECHA INICIO**	**19/01/2026**

ITEM	**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	Relacioné en instrumentos y/o papeles de trabajo la auditoria de cuentas médicas consignando por escrito los hallazgos de auditoria con su respectiva codificación, diligenciando lo pertinente factura a factura clasificando No. de Admisión, No. De Historia Clínica, EPS y/o Pagador, Nombre del Facturador que elaboró la factura, Ingreso y Egreso del paciente (Estancia), Valor de la factura y Observaciones de la auditoria.
2	Verifiqué la afiliación de los pacientes atendidos según factura, consultando la base de datos del FOSYGA (Base de Afiliados compensados o en la Base de Datos Única), la base de datos del SISBEN y atenciones brindadas a un paciente que aparezca sin afiliación corresponda a un evento ECAT (Accidente de tránsito, Evento catastrófico) o un Accidente de trabajo; verificando a su vez la existencia de soportes que permitan corroborar que estuvieran cubiertos por una póliza del seguro obligatorio y/o el cargo a la empresa.
3	Revicé y constaté que cada factura lleve anexa, fotocopia del documento de identificación del paciente, fotocopia de la ficha del SISBEN, fotocopia del carné de la EPS, epicrisis para los pacientes con estancia hospitalaria, descripción quirúrgica si se realizó cirugía, autorización para los servicios que la requieran según el contrato o convenio interadministrativo suscrito como el caso de los vinculados adscritos a las Secretarias de Salud Distrital y/o Departamental, Y demás soportes de los servicios recibidos y facturados (Laboratorios, Exámenes de Rayos X, uso de hemocomponentes, material osteosíntesis, mallas, CTC para medicamentos no pos) y los demás que constituyan requisito para el pago de las facturas.
4	Revicé el precio de cada uno de los servicios prestados en la factura, frente a las tarifas del manual tarifario pactado o en su defecto el SOAT, o en el caso de los paquetes con determinadas EPS, verificando: tarifa, medicamentos y suministros determinados en el manual para los procedimientos de tipo terapéutico o diagnóstico, para los procedimientos quirúrgicos igual vía, diferente vía, diferentes profesionales, igual o diferente vía, procedimiento incruento o no, derechos de sala entre otros (días de estancia, ayudantía quirúrgica).
5	Realicé entrega al área de facturación las correspondientes prefacturas auditadas, para que se realice la búsqueda de los soportes faltantes en los respectivos aliados y/o servicios de ayuda diagnostica e imagenología y banco de sangre y se subsanen las inconformidades notificadas.
6	Total de prefacturas auditadas para el periodo de cobro 128 por un valor de **$ 1.183.621.51**

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

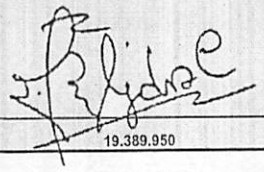
No. DE PLANILLA:	**9497109676**	**OPERADOR:**	**APORTE EN LINEA**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	EPS SANITAS	**16 de enero de 2026**	$ 200.000
PENSIÓN:			
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA ARL	**16 de enero de 2026**	$ 39.000

IV.DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período 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 período correspondiente

FIRMA DEL CONTRATISTA:	
N°. IDENTIFICACIÓN:	19.389.950

ACTA DE INICIO DEL CONTRATO NO. CD20260681 DEL 2026

NO. DEL CONTRATO	**CD20260681 DEL 2026**
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**ALVARO RAFAEL DIAZGRANADOS CAMARGO**
NO. DE IDENTIDAD	**19389950**
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN EL AREA DE AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**16000000 DIECISEIS MILLONES DE PESOS**
FORMA DE PAGO	El HUJMB cancelará al CONTRATISTA en CUATRO (4) pagos parciales por valor de CUATRO MILLONES DE PESOS M/CTE ($4.000.000) C/U, de conformidad con el informe de la ejecución de las actividades contractuales realizadas, previa certificación de cumplimiento de expedida por parte del Supervisor del contrato
PLAZO DE EJECUCIÓN	Previa Legalización, sin exceder el 30 de ABRIL de 2026
CDP	1
REGISTRO PRESUPUESTAL	658
SUPERVISOR DEL CONTRATO	**PROFESIONAL UNIVERSITARIO - CONTABILIDAD**

Entre los suscritos, **MARIO JAVIER MANCERA SIERRA**, mayor de edad, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número **85.203.465**, expedida en **SANTA ANA (MAGDALENA)**, obrando en calidad de **PROFESIONAL UNIVERSITARIO - CONTABILIDAD**, quien actúa como supervisor del contrato **CD20260681** por otra parte **ALVARO RAFAEL DIAZGRANADOS CAMARGO**, en calidad de contratista quienes se reúnen para dar inicio al contrato en mención, cuyo objeto es el mencionado en la parte superior del presente documento.

Para constancia se firma por las partes, en la ciudad de Santa Marta, **19 ENERO** del año **2026**.

SUPERVISOR,

MARIO JAVIER MANCERA SIERRA
C.C # 85.203.465

CONTRATISTA,

ALVARO RAFAEL DIAZGRANADOS CAMARGO
C.C # 19389950

Reporte de Auditoría

Rango de fechas: 2025-12-26 a 2026-01-27

Auditor	Auditadas	Valor Auditadas	Pendientes	Valor Pendientes
Alvaro	128	1.183.621.517,00	44	330.953.212,00
Isel	173	3.075.343.980,00	0	0,00
Sonia	205	3.619.282.440,00	0	0,00
Stefany	144	1.663.850.223,00	10	80.221.591,00
Yunia	134	1.680.413.107,00	36	407.744.830,00
TOTAL GENERAL	**784**	**11.222.511.267,00**	**90**	**818.919.633,00**

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 19389950		DIAZGRANADOS CAMARGO ALVARO RAFAEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cl 13 14 45 BRR GAIRA	SANTA MARTA-MAGDALENA	4221234	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-12	2025-12	2086813583	9497109676	I	2026/01/15	2026/01/16	NEQUI	1	$239,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres		Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$0	$0			$1,600,000	$200,000			$0	$0			$1,600,000	$39,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$0	$0			$1,600,000	$200,000			$0	$0			$1,600,000	$39,000		$0	$0
Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)						$0	$0			$1,600,000	$200,000			$0	$0			$1,600,000	$39,000		$0	$0
1	CC	19389950	DIAZGRANADOS ALVARO		0	$0	$0	EPS005	30	$1,600,000	$200,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,600,000	$39,000	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$0	$0			$1,600,000	$200,000			$0	$0			$1,600,000	$39,000		$0	$0

2026/01/16 10:15 AM

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 19389950		DIAZGRANADOS CAMARGO ALVARO RAFAEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 13 14 45 BRR GAIRA	SANTA MARTA-MAGDALENA	4221234	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-12	2025-12	2086813583	9497109676	I	2026/01/15	2026/01/16	NEQUI	1	$239,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$39,000	$100	$0	$39,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$39,000	$100	$0	$39,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$200,000	$200	$0	$200,200
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$200,000	$200	$0	$200,200
TOTAL				1	$239,000	$300	$0	$239,300

2026/01/16 10:15 AM

Colpensiones

El futuro es de todos

RADICADO 0

GERENCIA DE DETERMINACIÓN DE DERECHOS
DIRECCIÓN DE NÓMINA DE PENSIONADOS

CERTIFICACION PENSIÓN

Que revisada la nómina de Pensionados de la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**, al señor(a) **ALVARO RAFAEL DIAZGRANADOS CAMARGO** identificado(a) con **Cédula de Ciudadanía** No. **19389950** y número de Afiliación **919389950100**, esta Administradora mediante resolución No. **154323** de **2022** le concedió pensión de **P DE VEJEZ L 797/03 Vitalicia** registrando fecha de ingreso a nómina **Julio** de **2022.**

Que para la NOMINA de **Enero** de **2024** en la Entidad **51-DAVIVIENDA - 1161-SANTA MARTA CR 4 10 00 MAGDALENA** No. de Cuenta **550116100153075,** al pensionado(a) **DIAZGRANADOS CAMARGO** se giraron los siguientes valores:

DEVENGADOS		DEDUCIDOS	
VALOR PENSION	$ 2,401,227.00	SALUD SANITAS	$ 240,200.00
TOTAL DEVENGADOS	**$ 2,401,227.00**	**TOTAL DEDUCIDOS**	**$ 240,200.00**
		NETO GIRADO	**$ 2,161,027.00**

Estado: **ACTIVO.**
Esta mesada pensional fue pagada en: 31/01/2024.
Se expide a solicitud del interesado(a) en Bogotá , el día 27 de enero de 2026.

DORIS PATARROYO PATARROYO
Directora de Nómina de Pensionados

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

En caso de recibir el pago de la mesada pensional por ventanilla, el número de cuenta en este certificado se mostrará como cero (0).

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE	**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 ALVARO RAFAEL DIAZGRANADOS CAMARGO identificado con C.C. 19389950

Fecha de Diligenciamiento:	2026-01-29

I. DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN EL AREA DE AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

N° CONTRATO:	CD20260681	RP:	658	CDP:	1

VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	16.000.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:	4.000.000,00

FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2026-01-19	FECHA DE FINALIZACION:	2026-04-30

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIO JAVIER MANCERA SIERRA
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	GRUPO DE TRABAJO DE CONTABILIDAD

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

CDP - ADICION:	N/A	RP - ADICION:	N/A	VALOR CONTRATO CON ADICION:	0,00

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

IV. CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS

1. El contrato se encuentra debidamente legalizado: SI
2. 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
3. Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en su respectiva carpeta contractual: SI
4. 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 Enero

V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES

MARIO JAVIER MANCERA SIERRA
85203465
GRUPO DE TRABAJO DE CONTABILIDAD