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

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2026-02-26**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	ALVARO RAFAEL DIAZGRANADOS CAMARGO		
DOCUMENTO:	19389950		
DIRECCION:	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:	**Febrero**						

FIRMA

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

HJMB HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ 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 Nº 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 especificas del objeto del contrato)
1	Relacioné en instrumentos y/o papeles de trabajo la auditoría 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 **153** por un valor de **$ 1.814.744.897**

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**9498613191**	**OPERADOR:**	**APORTE EN LINEA**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	EPS SANITAS	**17 de febrero de 2026**	$ 218.900
PENSIÓN:			
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA ARL	**17 de febrero de 2026**	$ 42.700

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

Reporte de Auditoría

Rango de fechas: 2026-01-27 a 2026-02-23

Auditor	Auditadas	Valor Auditadas	Pendientes	Valor Pendientes
Alvaro	153	1.814.744.897,00	13	194.804.391,00
Isel	116	1.472.540.412,00	7	90.851.608,00
Sonia	217	3.491.014.169,00	5	109.405.222,00
Stefany	93	1.252.012.780,00	30	347.456.125,00
Yunia	66	1.277.022.282,00	30	403.926.156,00
TOTAL GENERAL	**645**	**9.307.334.540,00**	**85**	**1.146.443.502,00**

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
2026-01	2026-01	70406409	9498613191	I	2026/02/12	2026/02/17	BANCO DAVIVIENDA	5	$262,500

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)					$0	$0			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$0	$0			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)					$0	$0			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
1	CC 19389950	DIAZGRANADOS ALVARO		0	$0	$0	EPS005	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-23	30	$1,750,905	$42,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$0	$0			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0

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
2026-01	2026-01	70406409	9498613191	I	2026/02/12	2026/02/17	BANCO DAVIVIENDA	5	$262,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$200	$0	$42,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$42,700	$200	$0	$42,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$700	$0	$219,600
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$218,900	$700	$0	$219,600
TOTAL				**1**	**$261,600**	**$900**	**$0**	**$262,500**

Colpensiones

El futuro es de todos — Prosperidad para 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 23 de febrero de 2026.

DORIS PATARROYO PATARROYO
Directora de Nómina de Pensionados

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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:	2026-02-26

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 Febrero

V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES

MARIO JAVIER MANCERA SIERRA
85203465
GRUPO DE TRABAJO DE CONTABILIDAD