CARLOS ANDRES RETAMOZO OBREGON
1083006263
CARRERA 15 A #4-28 LAURELES DE BONDA
3004445690
CARLOSRETAMOZO21@GMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2026-07-02**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	CARLOS ANDRES RETAMOZO OBREGON		
DOCUMENTO:	1083006263		
DIRECCIÓN:	CARRERA 15 A #4-28 LAURELES DE BO	TELÉFONO:	3004445690
CORREO ELECTRONICO:	CARLOSRETAMOZO21@GMAIL.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:	CD20262451
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.

RP:	3443	CDP:	954	FECHA INICIO:	2026-06-22	FECHA FINAL:	2026-08-31

VALOR CONTRATO:	18.000.000,00	VALOR A PAGAR:	6.000.000,00

BANCO A CONSIGNAR:	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	055048845004271

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

PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Junio**

FIRMA

CARLOS ANDRES RETAMOZO OBREGON
C.C. 1083006263 expedida en SANTA MARTA

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE	**ACTA DE INICIO**	CÓDIGO: GJC25F VERSIÓN: 002 FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 09/1/2025 PÁGINA 1 de 1

ACTA DE INICIO DEL CONTRATO No. CD20262451 **DEL 2026**

NO. DEL CONTRATO	CD20262451
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**RETAMOZO OBREGON CARLOS ANDRES**
NO. DE IDENTIDAD	1083006263
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	18000000
FORMA DE PAGO	El HUJMB cancelará al CONTRATISTA, de conformidad con el informe de la ejecución de las actividades contractuales realizadas, previa certificación de cumplimiento expedida por parte del Supervisor del contrato.
PLAZO DE EJECUCIÓN	PREVIA LEGALIZACION HASTA EL 31/08/2026
CDP	954
REGISTRO PRESUPUESTAL	**3443**
SUPERVISOR DEL CONTRATO	**PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL HOSPITALIZACION Y CUIDADO CRÍTICO**

Entre los suscritos a saber **MILCIADES OSORIO SANCHEZ,** en su calidad de **PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL HOSPITALIZACION Y CUIDADO CRÍTICO**, quien actúa como supervisor del contrato CD20262451 por otra parte RETAMOZO OBREGON CARLOS ANDRES, 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 a los 22 DE JUNIO DE 2026.

SUPERVISOR,

MILCIADES OSORIO SANCHEZ
C.C. No. 8.742.789

CONTRATISTA,

RETAMOZO OBREGON CARLOS ANDRES
1083006263

COPIA CONTROLADA

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA	**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

CARLOS ANDRES RETAMOZO OBREGON

CON C.C Nº 1083006263

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO GENERAL, PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**CD20262451**	**DE FECHA INICIO**	**22/6/2026**

	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	Obré con diligencia y el cuidado necesario en los asuntos que le asigne el líder de área o subgerente científico de E.S.E.
2	Entregué las actividades dejando registro de la entrega de las novedades de los pacientes del servicio a cargo en el Formato correspondiente.
3	Realicé seguimiento de las actividades asistenciales y administrativas de los pacientes del servicio, dejando registro de esta actividad en el Formato correspondiente, con el fin de agilizar y optimizar los procesos.
4	Realicé registró en la historia clínica de evoluciones médicas,historia clínica de ingreso, epicrisis, formulación, registro de exámenes paraclínicos, de imágenes diagnósticas y otros, con firma y sello, según indicaciones de los médicos tratantes.
5	Realicé funciones de apoyo administrativas en el área de urgencias.
6	En la evolución medica diaria se evidencia y se anotaron los cambios y/o avances en el diagnóstico y tratamiento, lo cual incluye la posibilidad de cambio en el diagnóstico.
7	Pase revista diaria en las 3 jornadas y presentar cada paciente al especialista correspondiente.
8	Realicé seguimiento de la aplicación de hemoderivados con registro en la historia clínica con lo establecido en la norma vigente 15 minutos, transtransfucional y postranfucional.
9	Realicé actualización de resúmenes de historia clínica para las diferentes aseguradoras
10	Colaborè en reanimación cardio - cerebro pulmonar.
11	Socialicè y supervicè el reporte de los eventos adversos en el Formato correspondiente, realizar seguimiento y participar en la elaboración de los planes de mejoramiento respectivos.
12	Presentè informes según solicitud del supervisor del contrato o la Subdirección Científica.
13	Velè por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad.
14	Aportè a la E.S.E la hoja de vida y los documentos de identificación que le sean solicitados.
15	Atendì a los pacientes en los turnos y en área asignada por la E.S.E.

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**9505417172**	**OPERADOR:**	**APORTES EN LINEA**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**SALUD TOTAL**	**30/6/2026**	**300.000**
PENSIÓN:	**PORVENIR**	**30/6/2026**	**384.000**
RIESGOS LABORALES:	**COLPATRIA**	**30/6/2026**	**58.500**

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:	 CARLOS ANDRES RETAMOZO OBREGON
N°. IDENTIFICACIÓN:	**C. C. 1083006263**

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1083006263		RETAMOZO OBREGON CARLOS ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	kra 15a 4-28	SANTA MARTA-MAGDALENA	3004445690	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-05	2026-05	431742238	9505417172	I	2026/06/16	2026/06/30	NEQUI	14	$750,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1083006263	RETAMOZO OBREGON CARLOS ANDRES																		230301	30	$2,400,000	$384,000	EPS002	30	$2,400,000	$300,000		0	$0	$0	14-4	30	$2,400,000	$58,500	0	$0	$0	No	$742,500
Total	**Afiliados(1)**																						$2,400,000	$384,000			$2,400,000	$300,000			$0	$0			$2,400,000	$58,500		$0	$0		$742,500

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1083006263		RETAMOZO OBREGON CARLOS ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	kra 15a 4-28	SANTA MARTA-MAGDALENA	3004445690	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-05	2026-05	431742238	9505417172	I	2026/06/16	2026/06/30	NEQUI	14	$750,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$384,000	$4,000	$0	$388,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$384,000	$4,000	$0	$388,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$58,500	$600	$0	$59,100
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	1	$58,500	$600	$0	$59,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$300,000	$3,100	$0	$303,100
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$300,000	$3,100	$0	$303,100
TOTAL				**1**	**$742,500**	**$7,700**	**$0**	**$750,200**