CAMILO ANDRES SANCHEZ PINEDA
1083045881
MANZANA B CASA 1 URBANIZACION PRIVILEGIO(DETRAS DEL CC LAS PALMAS)
3244131306
camilosanzp@gmail.com

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2026-07-29**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	CAMILO ANDRES SANCHEZ PINEDA		
DOCUMENTO:	1083045881		
DIRECCIÓN:	MANZANA B CASA 1 URBANIZACION PI	TELÉFONO:	3244131306
CORREO ELECTRONICO:	camilosanzp@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:	CD20262402
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.

RP:	3167	CDP:	954	FECHA INICIO:	2026-06-18	FECHA FINAL:	2026-08-31

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

BANCO A CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	91260264473

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

PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Julio**

FIRMA



CAMILO ANDRES SANCHEZ PINEDA
C.C. 1083045881 expedida en SANTA MARTA, MAGDALENA

HUJMB E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Departamento del Atlántico	**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

CAMILO ANDRES SANCHEZ PINEDA

CON C.C Nº **1083045881**

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO GENERAL PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**CD20262402**	**DE FECHA INICIO**	**18/6/2026**

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	Obré con diligencia y cuidado necesario en los asuntos que me asigno el supervisor.
2	Realice seguimiento a las actividades asistenciales y administrativas de los pacientes del servicio de medicina interna, con el fin de agilizar y optimizar los procesos.
3	Realice revisiones médicas de los pacientes.
4	Apoyo en los procedimientos realizados a pacientes.
5	Realice diariamente la evolución de los pacientes.
6	Realización de solicitud de exámenes diagnósticos, citas de control y ordenes de patologías con firma y sello según indicaciones de los especialistas tratantes.
7	Verificación de existencia de los soportes clínicos y administrativos de las Historias Clínicas.
8	Cumplí rigurosamente con el cuadro de turnos emitido por la Coordinación de la subgerencia científica, Hospitalización y Cuidado Crítico.
9	Las demás actividades dispuestas por el supervisor referente a las necesidades de la E.S.E HUJMB.

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**9508417236**	**OPERADOR:**	**ENLACE OPERATIVO**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**SANITAS**	**24/7/2026**	**$300,000**
PENSIÓN:	**COLPENSIONES**	**24/7/2026**	**$384.000**
RIESGOS LABORALES:	**SURA**	**24/7/2026**	**$58,000**

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:	
Nº. IDENTIFICACIÓN:	**1.083.045.881**

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 1083045881		CAMILO ANDRES SANCHEZ PINEDA	INDEPENDIENTE	Principal	manz b casa 1	SANTA MARTA-MAGDALENA	7777777	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-06	2026-06	506283569	9508417236	I	2026/07/21	2026/07/24	BANCOLOMBIA	3	$744,300

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)						$2,400,000	$384,000			$2,400,000	$300,000			$0	$0			$2,400,000	$58,500		$0	$0
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)						$2,400,000	$384,000			$2,400,000	$300,000			$0	$0			$2,400,000	$58,500		$0	$0
Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)						$2,400,000	$384,000			$2,400,000	$300,000			$0	$0			$2,400,000	$58,500		$0	$0
1	CC	1083045881	SANCHEZ CAMILO	25-14	30	$2,400,000	$384,000	EPS005	30	$2,400,000	$300,000		0	$0	$0	14-23	30	$2,400,000	$58,500	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$2,400,000	$384,000			$2,400,000	$300,000			$0	$0			$2,400,000	$58,500		$0	$0

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 1083045881		CAMILO ANDRES SANCHEZ PINEDA	INDEPENDIENTE	Principal	manz b casa 1	SANTA MARTA-MAGDALENA	7777777	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-06	2026-06	506283569	9508417236	I	2026/07/21	2026/07/24	BANCOLOMBIA	3	$744,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$384,000	$900	$0	$384,900
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$384,000	$900	$0	$384,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$58,500	$200	$0	$58,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$58,500	$200	$0	$58,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$300,000	$700	$0	$300,700
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$300,000	$700	$0	$300,700
TOTAL				1	$742,500	$1,800	$0	$744,300

PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA