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

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2026-08-28**		
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:	CD20262763
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:	3692	CDP:	1199	FECHA INICIO:	2026-07-06	FECHA FINAL:	2026-09-30

VALOR CONTRATO:	12.000.000,00	VALOR A PAGAR:	4.000.000,00

BANCO A CONSIGNAR:	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	055011610015307

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

PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Agosto**

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.	**CD20262763**	**DE FECHA INICIO**	**6/07/2026**

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	Relacione en instrumentos y/o papeles de trabajo la auditoria de cuentas medicas consignado por escrito los hallazgos de auditoria con su respectiva codificacion digilenciando lo pertinente factura a afactura clasificando No.de Admisión No. De Historia Clinica EPS y/o pagador, nombre de facturador que elaboro la factura, ingreso y egreso del paciente (Estancia), valor valor de la factura y observación de la auditoria.
2	Verifique la afiliación de los pacientes atendidos según factura consultando las bases de datos del FOSYGA, (Bases de afiliados compensados o en la Base de Datos Unicas, las bases de datos del Sisben y atenciónes brindadas a un paciente que aparezca sin afiliación corresponda a un evento ECAT (Accidente de Transito, Evento catastrofico) o un Accidente de Trabajo, verificandi a su vez la existencia de soportes que permitan corroborar que estuvieran cubiertas por una poliza del seguro obligatorio y/o el cargo a la empresa.
3	Revise y constate que cada factura lleve anexo, fotocopia del documento de indentificacion del paciente, fotocopia de la ficha del SISBEN, fotocopia del Carne de la EPS, Epicrisis para los pacientes con estancia hospitalaria, descripción quirurgica si se realizo cirugia, autorización para los servicios que lo requieran según el contrato o convenio interadministrativo sucrito como el caso de los vinculados adscritos a las secretarias de salud distrital y/o departamental y demas soportes de los servicios recibidos y facturados(Laboratorios, Examenes de Rayos X, uso de hemocomponentes, material de osteosintesis, mallas, CTC para medicamentos no pos) y los demas que constituyan requisito para el pago de la factura.
4	Revice 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 tarifas, medicamentos y suministros determinados en el manual para los procedimientos de tipo terapeutico o diagnostico, para los procedimientos quirurgicos igual via, diferente via, fiferentes profesionales, igual o diferente via, procedimientos incruentos o no derechos de sala entre otros (dias de estancia ayudantia quirúrgica).
5	Realice entrega al area de facturación las correspondientes prefacturas auditadas para que se realice la busqueda de los soportes faltantes en los servicios aliados y/o servicios de ayuda diagnostica e imagenologia y banco de sangre y subsanen las inconformidades notificadas.
6	Total de prefacturas auditadas para el periodo de cobro 192 por un valor de $ 1,466.809.686.

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**9508664011**	**OPERADOR:**	**APORTES EN LINEA**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**EPS SANITAS**	**14/08/2026**	**$ 218.900**
PENSIÓN:			
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA**	**14/08/2026**	**$ 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 periodp correspondiente

FIRMA DEL CONTRATISTA:	
Nº. IDENTIFICACIÓN:	19,389,950

Reporte de Auditoría

Rango de fechas: 2026-07-27 a 2026-08-25

Auditor	Auditadas	Valor Auditadas	Pendientes	Valor Pendientes
Alvaro	192	1.466.809.686,00	0	0,00
Isel	92	2.144.456.598,00	0	0,00
Luis	116	1.357.030.994,00	0	0,00
Sonia	207	3.649.182.844,00	0	0,00
Yulieth	120	1.700.265.711,00	0	0,00
Yunia	114	1.152.149.505,00	0	0,00
TOTAL GENERAL	**841**	**11.469.895.338,00**	**0**	**0,00**

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA	**CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO CONTROL DE LEGALIDAD**	CÓDIGO: GJC30F VERSIÓN: 001 FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 24/04/2026 PÁGINA 1 de 1

EL SUSCRITO SUPERVISOR

CERTIFICA QUE:

En cumplimiento de mis responsabilidades como supervisor del contrato **CD20262763** a nombre de **ALVARO RAFAEL DIAZ GRANADOS CAMARGO** con cedula de ciudadanía No.**19389950**, se encuentran cargados todos los documentos relacionados con el control de legalidad en los tres estándares establecidos (Etapa precontractual, Etapa Contractual, Etapa poscontractual) en la plataforma SIA – OBSERVA Y SECOP II.

Por lo tanto, doy visto bueno para respectivo pago correspondiente del mes de Agosto 2026

La presente se firma a los Veintiocho (28) días del mes de Agosto del 2026.

MARIO JAVIER MANCERA SIERRA
C.C 85201465
Profesional Universitario
Grupo de Trabajo de Contabilidad

Colpensiones

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 24 de marzo 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).

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 19389950		DIAZGRANADOS CAMARGO ALVARO RAFAEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CI 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
2026-07	2026-07	565415602	9508664011	I	2026/08/14	2026/08/14	BANCO DAVIVIENDA	0	$261,600

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	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$0	$0			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$261,600
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$0	$0			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$261,600
Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)																						$0	$0			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$261,600
1	CC	19389950	DIAZGRANADOS ALVARO																R		0	$0	$0	EPS005	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-11	30	$1,750,905	2.436%	$42,700	0	$0	$0	No	$261,600
Total		**Afiliados(1)**																				$0	$0			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$261,600

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$0	$0	$42,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$42,700	$0	$0	$42,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0	$0	$218,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$218,900	$0	$0	$218,900
TOTAL				1	$261,600	$0	$0	$261,600