MARYURI CATIUSCA CHINCHIA GOMEZ
39047786
CALLE 18A NO 21-43
3166243974
may21gomez@hotmail.com

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2025-02-05**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	MARYURI CATIUSCA CHINCHIA GOMEZ		
DOCUMENTO:	39047786		
DIRECCIÓN:	CALLE 18A NO 21-43	TELÉFONO:	3166243974
CORREO ELECTRONICO:	may21gomez@hotmail.com		

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que en la declaración de renta del año gravable 2024 no tomaré costos y deducciones

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° CONTRATO:	CD20251168
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL GRUPO DE TRABAJO DE FACTURACION DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.

RP:	1159.	CDP:	1	FECHA INICIO:	2025-01-24	FECHA FINAL:	2025-03-31

VALOR CONTRATO:	7.200.000,00	VALOR A PAGAR:	560.000,00

BANCO A CONSIGNAR:	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	236870028834

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

PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Enero**

FIRMA

MARYURI CATIUSCA CHINCHIA GOMEZ
C.C. 39047786 expedida en SANTA MARTA

Powered by CamScanner

HJMB E.S.E. 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

MARYURI CATIUSCA CHINCHIA GOMEZ

C.C N° 39.047.786

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL GRUPO DE TRABAJO DE FACTURACION DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**CD20251168**	**DE FECHA INICIO**	**24/01/2025**	

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	Arme de cuentas medicas de prestación de servicios de salud.
2	Radique de cuentas ante los entes responsables de pago.
3	Revise las cuentas pendientes por radicar.
4	Cargue, digitación y liquidación diaria de información de historias clínicas de los servicios de salud prestados en la ese en el sistema de información, para radicación de cuentas.
5	Solicite la autorización de servicios al ente responsable de pago.
6	Valide las RIPS de las cuentas médicas que se presentan ante los entes responsables de pago.
7	Corte de valores radicados en virtud de los contratos celebrados entre la ESE y las EAPB, para la prestación de servicio de salud.
8	Recaude concerniente a copagos y ventas a clientes particulares.
9	Recepcióne las facturas, consolidación de soportes y elaboración de informes concernientes a aliados y prestadores de servicios de salud.
10	Cerrar todas las admisiones y liquidar todas las facturas que se generen en el mes, requisito indispensable para que el supervisor del contrato certifi que la cuenta de cobro del respectivo mes, requisito indispensable para que el supervisor del contrato certifi que la cuenta de cobro del respectivo mes.
11	Cargue de medicamentos, laboratorios, imagenología y demás elementos de apoyo diagnostico ambulatorio y pacientes hospitalizados
12	Recepción, control y digitalización de historias clínicas cargadas en el área de hospitalización.
13	Facture procedimientos ambulatorios.
14	Vele por el adecuado diligenciamiento de los diferentes formatos anexos a las facturas.
15	Realizar cierre de facturas y verifi cación de tarifas pactadas entre la entidad responsable de pago y la E.S.E.

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**CERTIFICACION**	**OPERADOR:**	**SOI**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA**	**CERTIFICACION**	**$ 178.000**
PENSIÓN:	**PORVENIR**	**CERTIFICACION**	**$ 227.800**
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA**	**CERTIFICACION**	**$ 34.700**

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:	**39.047.786**

Powered by CamScanner

E.S.E. Hospital Universitario JULIO MÉNDEZ BARRENECHE	**ACTA INICIO**	CÓDIGO: GJC25F VERSIÓN: 01 FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/1/2024 Página 1 de 1

ACTA DE INICIO DEL CONTRATO NO. CD20251168 DEL 2025

NO. DEL CONTRATO	**CD20251168**
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**MARYURI CATIUSCA CHINCHIA GOMEZ**
NO. DE IDENTIDAD	39047786
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL GRUPO DE TRABAJO DE FACTURACION DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	SIETE MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/L. ($7.200.000)
FORMA DE PAGO	El HUJMB cancelará al CONTRATISTA 3 cuota(s), por valor de DOS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS M/L. ($2.400.000), 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 legalización del contrato sin exceder el 31 de marzo de 2025
CDP	1
REGISTRO PRESUPUESTAL	1159 24 de ENERO DE 2025
SUPERVISOR DEL CONTRATO	GRUPO DE TRABAJO DE CONTABILIDAD

Entre los suscritos a saber **MARIO JAVIER MANCERA SIERRA**, en su calidad de Profesional Universitario – Contabilidad y quien actúa como Supervisor del contrato No. **CD20251168** y por la otra **MARYURI CATIUSCA CHINCHIA GOMEZ**, 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 24 de enero de 2025.

SUPERVISOR,

MARIO JAVIER MANCERA SIERRA
85203465

CONTRATISTA,

MARYURI CATIUSCA CHINCHIA GOMEZ
39047786

Powered by CamScanner

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

MARYURI CATIUSCA CHINCHIA GOMEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **39.047.786**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 22 de Enero del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

Powered by CamScanner

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS EPS AIC EPSI
Régimen Subsidiado

La EPS AIC EPSI, CERTIFICA que el afiliado relacionado a continuación, presenta la siguiente información a la fecha de su expedición:

Tipo y Número de identificación:	CC 39047786
Apellidos:	CHINCHIA GOMEZ
Nombres:	MARYURI CATIUSCA
Tipo de discapacidad:	No aplica
Plan de salud:	Régimen Contributivo
Estado de servicio: Vigente	
Fecha de Afiliación:	02/01/2025
Departamento de Afiliación:	LA GUAJIRA
Municipio de Afiliación:	RIOHACHA
Zona:	Urbana

N - El afiliado no requiere encuesta SISBEN debido al grupo poblacional que tiene.

IPS de atención de primer nivel

IPS	Direccion	Servicio
CIDSALUD IPSI	CARRERA 15 No. 12-35	MEDICINA GENERAL

Tiene derecho a recibir los servicios contemplados en el Plan de Beneficios en Salud.
Válida únicamente para comprobación de derechos de la red prestadora, en la fecha de expedición. No es válido para aclarar multiafiliación ni para traslados (Decreto 806 Artículo 55 y 56).

Señores Prestadores: Esta certificación es válida únicamente para corroborar el estado del afiliado en el momento de la prestación del servicio, de la población contratada y remitida periódicamente por la institución según normatividad. En ningún momento esta certificación puede ser empleada para reemplazar las autorizaciones necesarias para la prestación de servicios en los niveles superiores de complejidad

En constancia se firma el 22 de Enero de 2025 a solicitud del interesado.

Coordinación Base de Datos
AIC EPSI

Toda certificación generada es almacenada en base de datos para su verificación, la modificación parcial o total de este documento puede incurrir en un delito.

Powered by CamScanner

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **MARYURI CATIUSCA CHINCHIA GOMEZ** identificado con **CC** No. **39047786**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE - NI. 891780185	**Fecha de inicio de cobertura:** 30/01/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 29/01/2025 **Fecha fin de Contrato:** 31/03/2025 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 3

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202501012129077.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 4 días del mes de febrero de 2025.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

Powered by CamScanner

HUJM JULIO MENDEZ BARRENECHE	LISTA DE CHEQUEO PARA INDUCCIÓN DE PUESTO DE TRABAJO	CODIGO: GTHAZ21F VERSION: 007 FECHA DE ULTIMA REVISION: 3/11/2023 PAGINA 1 de 1

Nombre completo	MARYURI CHINCHILLA G.	**Fecha de Ingreso**	
Cedula	39.047.786	**Área de Ingreso**	
Presenta alguna discapacidad o una condición discapacitante: SI ( ) o NO (X) **Si respondió en la casilla SI. Mencione cual es:**			
Nombre del líder del proceso o supervisor			

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FIRMA RESPONSABLE	HORA
1. Inicia Proceso de Contratación Firma de actos administrativos (Personal de Planta)	Oficina de Contratación (Personal de OPS) o Talento Humano (personal nombrado)		
2. Inducción de Talento Humano	Dra. Ana Carolina y/o Persona designada		8:45 a.m.
3. Inducción del área de Seguridad y Salud en el Trabajo	Grupo de Trabajo SST		9:00 a.m.
4. Inducción de SARLAFT	Deisy Zagarra		10:00 a.m.
5. Inducción del área de Sistemas y asignación del perfil de usuario / Intranet.	Ingeniera Cindy Mattos y/o Persona designada		2:30 p.m.
6. Inducción al Puesto de Trabajo	Líder de Proceso O Supervisor		3:30 p.m.
7. Archivo de Contratación	Persona designada		

Powered by CamScanner
Powered by CamScanner

HUJM JULIO MENDEZ BARRENECHE	LISTA DE CHEQUEO PARA INDUCCIÓN DE PUESTO DE TRABAJO	CODIGO: GTHA23F VERSION: 007 FECHA DE ULTIMA REVISION: 9/11/2023 PAGINA 1 de 1

Nombre completo	MARYURI CHINCHILLA G.	**Fecha de Ingreso**	
Cedula	39.047.786	**Área de Ingreso**	
Presenta alguna discapacidad o una condición discapacitante: SI ( ) o NO (X) **Si respondió en la casilla SI. Mencione cual es:**			
Nombre del líder del proceso o supervisor			

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FIRMA RESPONSABLE	HORA
1. Inicia Proceso de Contratación Firma de actos administrativos (Personal de Planta)	Oficina de Contratación (Personal de OPS) o Talento Humano (personal nombrado)		
2. Inducción de Talento Humano	Dra. Ana Carolina y/o Persona designada		8:45 a.m.
3. Inducción del área de Seguridad y Salud en el Trabajo	Grupo de Trabajo SST		9:00 a.m.
4. Inducción de SARLAFT	Deisy Zagarra		10:00 a.m.
5. Inducción del área de Sistemas y asignación del perfil de usuario / Intranet.	Ingeniera Cindy Mattos y/o Persona designada		2:30 p.m.
6. Inducción al Puesto de Trabajo	Líder de Proceso O Supervisor		3:30 p.m.
7. Archivo de Contratación	Persona designada		

Powered by CamScanner
Powered by CamScanner

HJMB 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 MARYURI CATIUSCA CHINCHIA GOMEZ identificado con C.C. 39047786

Fecha de Diligenciamiento:	2025-02-05

I. DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL GRUPO DE TRABAJO DE FACTURACION DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.

N° CONTRATO:	CD20251168	RP:	1159.0	CDP:	1
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	7.200.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:		560.000,00	
FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2025-01-24	FECHA DE FINALIZACION:		2025-03-31	
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

Powered by CamScanner