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

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2025-02-26**		
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:	2.400.000,00

BANCO A CONSIGNAR:	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	488450567158

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

PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Febrero**

FIRMA



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

HJMB HOSPITAL 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 GÓMEZ

CON C.C Nº 39.047.786

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Anexar evidencias fotográficas y/o doc	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**	**24/1/2025**

II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO
(Deben ser coherentes con las obligaciones especificas del objeto del contrato)

ITEM	
1	**Revisé en el mes de Febrero 582 cuentas que se encuentran listas para cobro**
2	**Revisé 211 soportes de facturas pendientes por cobrar**
3	**Escaneé 223 soportes de coosalud**
4	**Realicé y apoyé en jornada de revisión de facturas por cobrar que se encuentran en el archivo muerto ubicado en primer piso**
5	**Revisé en el drive 798 facturas en el informe general de urgencias, identificadas y relacionadas de la siguiente manera:** **Color amarillo, que son 34: corresponden a servicios e insumos pendientes por facturar,** **Color verde, que son 17: corresponde a atención con retiro voluntario, facturas inconclusas pendientes por cobrar, etc.** **Color Rojo, que son 747: se encuentran totalmente diligenciadas para su respectivo cobro**
6	**Revisé en el drive 151 facturas que corresponden a admisiones pendientes por cerrar, relacionadas de la siguinete manera:** **Color Rojo, que son 139: Todo se encuentra OK** **Color amarillo, que son 11: Se encuentran pendientes por facturar** **Color verde, que es 1: documento pendiente para factura**
7	**Organicé cajas de años anteriores pertenecientes al archivo de facturación que se encuentran en el piso 9**
8	

III. INFORMACION DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

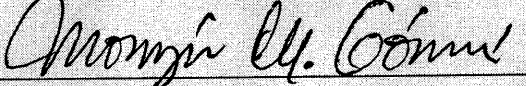
No. DE PLANILLA:	**9481767432**	**OPERADOR:**	**APORTES EN LÍNEA**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**ANAS WAYUU**	**18/2/2025**	**178.000**
PENSIÓN:	**PORVENIR**	**18/2/2025**	**227.800**
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA**	**18/2/2025**	**34.700**

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:	
Nº. IDENTIFICACIÓN:	**39.047.786**

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 39047786		CHINCHIA GOMEZ MARYURI CATIUSCA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 19A #21-43	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-01	81767432	9481767432	I	2025/02/20	2025/02/18	BANCO AV VILLAS	0	$440,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$0	$0	$34,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$34,700	$0	$0	$34,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
ANAS WAYUU	EPSIC4	839,000,495	6	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$440,500	$0	$0	$440,500

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 39047786	1	CHINCHIA GOMEZ MARYURI CATIUSCA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 19A #21-43	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-01	81767432	9481767432	I	2025/02/20	2025/02/18	BANCO AV VILLAS	0	$440,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
1	CC 39047786	CHINCHIA MARYURI	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPSIC4	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,423,500	$34,700	0	$0	$0
Total	Afiliados(1)				$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA	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:	2025-02-26

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:	2.400.000,00		
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 Febrero

V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES

MARIO JAVIER MANCERA SIERRA
85203465
GRUPO DE TRABAJO DE CONTABILIDAD