

Malambo - Atlántico, AGOSTO de 2025

**CUENTA DE COBRO No. 2025-08**

**LA ESE HOSPITAL LOCAL DE MALAMBO SANTAMARIA MAGDALENA**  
**NIT. 802.009.806-1**

**DEBE A:**

**NOMBRES Y APELLIDOS:** MARIA CONCEPCION ARIZA RODRIGUEZ  
**NUMERO DE IDENTIFICACION:** 44190795  
**CONTRATO No:** 2025-1525  
**MES A ADEUDADO:** AGOSTO 2025  
**ÁREA:** ADMINISTRATIVA  
**DIRECCION:** CALLE 22 # 13-69  
**TELEFONO:** 3017387012  
**EMAIL:** MARYARIZA1984@GMAIL.COM

**OBJETO DE CONTRATO:** Prestación de servicios de de apoyo a la gestión como asistente administrativa de la ese Hospital local de Malambo


**VALOR A COBRAR: \$ 3.000.000**  
**EN LETRAS:** tres millones de pesos M/LC

Autorizo bajo mi responsabilidad sea depositado los valores adeudos a la siguiente cuenta Bancaria

<b>DATOS DE LA CUENTA BANCARIA</b>	
<b>NOMBRES Y APELLIDOS</b>	MARIA CONCEPCION ARIZA RODRIGUEZ
<b>CEDULA DE CIUDADANA</b>	44.190.795
<b>BANCO</b>	BANCOLOMBIA
<b>CUENTA No.</b>	12039775377
<b>CLASE DE CUENTA</b>	AHORRO

EPS: SALUD TOTAL  
AFP: PORVENIR  
ARL: POSITIVA

  
**MARIA CONCEPCION ARIZA RODRIGUEZ**  
C.C. No.44.190.795

	<b>PROCESO DE CONTRATACION</b>	<b>Código</b>	<b>FO-ADP-03</b>
	<b>INFORME DE SUPERVISIÓN</b>	<b>Versión</b>	<b>3</b>
		<b>Fecha</b>	<b>2025</b>

<b>CONTRATISTA</b>	MARIA CONCEPCION ARIZA RODRIGUEZ
<b>IDENTIFICACIÓN</b>	44190795
<b>MES A PAGAR</b>	AGOSTO 2025
<b>PERIODO DE SUPERVISIÓN</b>	01 DE AGOSTO AL 31 DE AGOSTO 2025
<b>CONTRATO No.</b>	2025-1525
<b>PLAZO DE EJECUCION</b>	2 MES
<b>OBJETO CONTRATO</b>	Prestación de servicios de apoyo a la gestión como asistente administrativo de la ese Hospital local de Malambo Santa María Magdalena

En Municipio de Malambo el día 01 del mes de septiembre de 2025, en las instalaciones de la E.S.E Hospital Local de Malambo – Santa María Magdalena, el suscrito supervisor del contrato en referencia deja constancia de los siguientes hechos:

El contratista presto sus servicios según las actividades establecidas en el objeto del contrato, las cuales fueron verificadas por el supervisor, relacionándose en el informe de actividades presentado por el contratista en el periodo certificado del contrato de prestación de servicios, el cual se adjunta y hace parte integral del presente informe de actividades y supervisión, así mismo dichas actividades realizadas se describen a continuación:


<b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS POR EL CONTRATISTA:</b>
➤ El contratista recibió cuentas de cobro del mes ejecutado
➤ El contratista notifico vía llamada las devoluciones de cuentas
➤ El contratista valido aportes a seguridad social y pago de impuestos departamentales
➤ El contratista apoyo en los procesos requeridos en el área
➤ El contratista apoyo en la plataforma Secop
➤ El contratista Participo de capacitaciones

<b>VALOR A PAGAR</b>	<b>\$ 3.000.000</b>
<b>VALOR EN LETRAS</b>	<b>TRES MILLONES DE PESOS M/CTE</b>

El contratista cumplió con los requisitos exigidos por el contratante para la presentación de la cuenta de cobro dentro del proceso contractual del respectivo mes y año. Verificándose que se encuentra con la documentación en regla, debidamente gestionada y validado en las plataformas (seguridad social, impuestos, pólizas y otros) teniendo en cuenta los principios de contratación.

<b>SEGURIDAD SOCIAL</b>					
<b>PERIODO – JULIO</b>		<b>PLANILLA</b>	9489959454	<b>No. PAGO</b>	1734652981
<b>APORTES SALUD</b>	\$ 178,000	<b>ENTIDAD</b>	<b>SALUD TOTAL</b>		
<b>APORTES PENSIÓN</b>	\$ 227,800	<b>ENTIDAD</b>	<b>PORVENIR</b>		
<b>APORTES ARL</b>	\$34,700	<b>ENTIDAD</b>	<b>POSITIVA</b>		

<b>ELABORO</b>	<b>REVISO</b>	<b>APROBÓ</b>	<b>COPIA</b>
Grupo Calidad	Gestión de Calidad	Dra. Regulo Florián Gerente	Controlada

	<b>PROCESO DE CONTRATACION</b>	<b>Código</b>	<b>FO-ADP-03</b>
	<b>INFORME DE SUPERVISIÓN</b>	<b>Versión</b>	<b>3</b>
		<b>Fecha</b>	<b>2025</b>


<b>PAGO DE ESTAMPILLAS GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO</b>	
<b>No. DE LIQUIDACIÓN</b>	20250110754
<b>REFERENCIA DE PAGO</b>	20250416466
<b>VALOR CANCELADO</b>	\$ 169.100

Atentamente.

Observaciones: \_\_\_\_\_

  
**MIGUEL ZARATE RODRIGUEZ**  
 Sub-Gerente Administrativo y Financiero  
 Supervisor

<b>ELABORO</b>	<b>REVISO</b>	<b>APROBÓ</b>	<b>COPIA</b>
<b>Grupo Calidad</b>	<b>Gestión de Calidad</b>	<b>Dra. Regulo Florián Gerente</b>	<b>Controlada</b>

	ESE HOSPITAL LOCAL DE MALAMBO	Código	FO-IDA-03	
		Versión	2	
	INFORME DE ACTIVIDADES		Fecha	2024
	Proceso de Contratación		Pág.	Página 1 de 1

**NOMBRES Y APELLIDOS:** MARIA CONCEPCION ARIZA RODRIGUEZ

**IDENTIFICACIÓN:** 44.190.795

**No. DEL CONTRATO:** 2025-1525

**MES A COBRAR:** AGOSTO

**FECHA DEL INFORME:** 01 DE SEPTIEMBRE 2025

**OBJETO CONTRACTUAL:** Prestación de servicios de apoyo a la gestión como asistente administrativo de la ese Hospital local de Malambo Santa María Magdalena

Desarrollar y cumplir el objeto del contrato en las condiciones de calidad oportunidad y obligaciones definidas en el presente contrato

**RESUMEN DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS POR EL CONTRATISTA:**

- Recibí cuentas de cobro del mes ejecutado
- Notifique vía llamada las devoluciones de cuentas
- Valide aportes a seguridad social y pago de impuestos departamentales
- Apoye en los procesos requeridos en el área
- Apoye en la plataforma Secop
- Participe de capacitaciones

**PERIODO DEL INFORME:** 01/08/2025 AL 31/08/2025

**OBSERVACIONES:** hago constar en mi calidad de contratista que he cumplido con las actividades arriba antes mencionadas a entera satisfacción descritas en el contrato de prestación de servicios.

  
**MARIA CONCEPCION ARIZA RODRIGUEZ**  
 CC 44.190.795

ELABORO	REVISO	APROBÓ	COPIA
Grupo Calidad	Gestión de Calidad	Dr. Regulo Florián Gerente	Controlada



República de Colombia  
Departamento del Atlántico  
Secretaría de Hacienda Departamental  
Bono de Pago de Estampillas Departamentales

Acto:	CONTRATOS Y CONVENIOS
Clase Acto:	CONTRATOS ESE DE ORDEN MUNICIPAL

1. DATOS		
Nro DE LIQUIDACION: 20250110754	REFERENCIA DE PAGO: 20250416466	
FECHA DE PAGO: 29/08/2025	BASE GRAVABLE: 6000000	
CONTRIBUYENTE: MARIA ARIZA RODRIGUEZ	CEDULA O NIT: 44190795	
ENTIDAD CONTRATANTE: HOSPITAL LOCAL DE MALAMBO	N° DE CONTRATO: 2025-1525	FECHA SUSCRIPCION: 02/08/2025

2. INFORMACIÓN DETALLADA	
CONCEPTO	VALOR
ESTAMPILLA CIUADAELA UNIVERSITARIA	\$ 108.000
ESTAMPILLA PRO DESARROLLO	\$ 60.000
MORA RENTAS VARIAS	\$ 1.100
<b>Total a Pagar</b>	<b>\$ 169.100</b>

CONTRIBUYENTE	29/08/2025
	20250416466

Este documento debe ser verificado por la entidad responsable de exigir su pago en la página web de la gobernación [www.atlantico.gov.co](http://www.atlantico.gov.co) en el link impuestos departamentales

GOBERNACIÓN

20250416466

ACTO Y/O HECHO GENERADOR: CONTRATOS Y CONVENIOS		
CONTRIBUYENTE: MARIA ARIZA RODRIGUEZ		CEDULA O NIT: 44190795
FECHA LIQUIDACIÓN: 29/08/2025	Nro DE LIQUIDACION: 20250110754	TOTAL: \$ 169.100

BANCO

20250416466

Nro DE ACTO Y/O HECHO GENERADOR: CONTRATOS Y CONVENIOS		
CONTRIBUYENTE: MARIA ARIZA RODRIGUEZ		CEDULA O NIT: 44190795
FECHA LIQUIDACIÓN: 29/08/2025	Nro DE LIQUIDACION: 20250110754	TOTAL: \$ 169.100

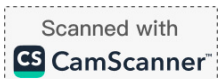


### Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	DV	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SEHA e ICDF
CC: 44180785		ARIZA RODRIGUEZ MARIA CONCEPCION	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CEI 22 # 13 69	SABANA ARGIA ATLANTICO	5955555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION										
Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor	
2025-07	2025-07	1734857981	848199454	1		2025/08/26	2025/08/29	MEQR	3	\$441,500

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$500	\$0	\$228,300	
PORVENIR	230301	800,224,800	8	1	\$227,800	\$500	\$0	\$228,300	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,700	\$100	\$0	\$34,800	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,133	6	1	\$34,700	\$100	\$0	\$34,800	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$400	\$0	\$178,400	
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$178,000	\$400	\$0	\$178,400	
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$440,500</b>	<b>\$1,000</b>	<b>\$0</b>	<b>\$441,500</b>	



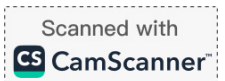


### Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 4419795		ARIZA RODRIGUEZ MARIA CONCEPCION	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRI 22 # 13 49	SABANALARGA ATLANTICO	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	1734652981	9489999454	1	2025/08/24	2025/08/29	HEQUI		\$441,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	
<b>Resumen: PRINCIPAL (1 Afiliados)</b>																						
					\$1,423,500	\$227,800					\$1,423,500	\$178,000					\$0	\$0	\$1,423,500	\$34,700	\$0	\$0
<b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)</b>																						
					\$1,423,500	\$227,800					\$1,423,500	\$178,000					\$0	\$0	\$1,423,500	\$34,700	\$0	\$0
<b>Ciudad: SABANALARGA Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)</b>																						
					\$1,423,500	\$227,800					\$1,423,500	\$178,000					\$0	\$0	\$1,423,500	\$34,700	\$0	\$0
1	CC	4419795	ARIZA MARIA	30	\$1,423,500	\$227,800	EP0002	30	\$1,423,500	\$178,000	0	0	\$0	\$0	14-11	30	\$1,423,500	\$34,700	0	\$0	\$0	
<b>Total Afiliados (1)</b>					\$1,423,500	\$227,800					\$1,423,500	\$178,000					\$0	\$0	\$1,423,500	\$34,700	\$0	\$0



# Certificado Bancario

Viernes, 10 de mayo de 2024

Señor(a)  
Hospital local de Malambo

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que MARIA CONCEPCION ARIZA RODRIGUEZ identificado(a) con CC 44190795, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	12039775377	2015/03/20	ACTIVA

**\*Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

\*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe  
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

 **Bancolombia**