

Malambo - Atlántico, abril 07 de 2026

CUENTA DE COBRO No. 03-2026

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

DEBE A:

NOMBRES Y APELLIDOS: MONICA BARANDICA VITTORINO
NUMERO DE IDENTIFICACION: 32.738.288
CONTRATO No: 2026-0261
MES A ADEUDADO: MARZO
ÁREA: URGENCIAS
DIRECCION: CALLE 10 B N° 2CS-04
TELEFONO: 301 9005253
EMAIL: monicabarvi70@hotmail.com

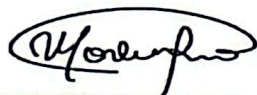
OBJETO DE CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA DEL AREA DE URGENCIAS DE LA E.S.E HOSPITAL LOCAL DE MALAMBO

VALOR A COBRAR: \$ 1.950.000
EN LETRAS: UN MILLON NOVECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS

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

DATOS DE LA CUENTA BANCARIA	
NOMBRES Y APELLIDOS	MONICA BARANDICA VITTORINO
CEDULA DE CIUDADANA	32.738.288
BANCO	Bancolombia
CUENTA No.	91232076807
CLASE DE CUENTA	AHORRO

EPS: SURA
AFP: COLPENSION
ARL: POSITIVA



MONICA BARANDICA VITTORINO
C.C. No. 32.738.288

 E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE MALAMBO SANTA MARÍA MAGDALENA AVANCE Y SEGURIDAD DEPENDIENDO DE LOS RECURSOS	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: MONICA BARANDICA VITTORINO

IDENTIFICACIÓN: 32.738.288

No. DEL CONTRATO: 2026-0261

MES A COBRAR: MARZO

FECHA DEL INFORME: 07-04-2026

OBJETO CONTRACTUAL: PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA DEL AREA DE URGENCIAS DE LA E.S.E HOSPITAL LOCAL DE MALAMBO

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:

Nota: Al redactar las actividades realizadas, utilizar verbos en pasado y en primera persona, que denotan las actividades que realizó una a una, EJ: Realicé, Proyecté, apoyé, asesoré, participé, archive, ejecute etc. Entre otros.

- Asistí código azul
- Traslade pacientes y asistencia de ambulancia
- Administre medicamentos a pacientes
- Elabore notas de enfermería
- Entregué y recibí turno
- Asistí urgencia inmediata al paciente

PERIODO DEL INFORME: 01/03/2026 AL 31/03/2026

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.



MONICA BARANDICA VITTORINO
C.C: 32.738.288

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

 E.S.E HOSPITAL LOCAL DE MALAMBO SANTA MARÍA MAGDALENA	PROCESO DE CONTRATACION		Código	FO-ADP-03
	INFORME DE SUPERVISIÓN		Versión	3
			Fecha	2025

CONTRATISTA	MONICA BARANDICA VITTORINO
IDENTIFICACIÓN	32.738.288
MES A PAGAR	MARZO
PERIODO DE SUPERVISIÓN	01-03-2026 AL 31-03-2026
CONTRATO No.	2026-0261
PLAZO DE EJECUCION	3 MESES
OBJETO CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA DEL AREA DE URGENCIAS DE LA E.S.E HOSPITAL LOCAL DE MALAMBO

En Municipio de Malambo el día 07 del mes de ABRIL de 2026, 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:

ACTIVIDADES DESARROLLADAS POR EL CONTRATISTA:	
➤ El contratista realizo Asistencia código azul ➤ El contratista traslado pacientes y asistencia de ambulancia ➤ El contratista Administro medicamentos a pacientes ➤ El contratista Elaboro notas de enfermería ➤ El contratista Entrego y recibió turno ➤ El contratista Asisto urgencia inmediata al paciente	

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

	PROCESO DE CONTRATACION	Código	FO-ADP-03
	INFORME DE SUPERVISIÓN	Versión	3
		Fecha	2025

VALOR A PAGAR	\$ 1.950.000 ✓
VALOR EN LETRAS	UN MILLON NOVECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M/CTE ✓

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.

SEGURIDAD SOCIAL			
PERIODO – (MARZO)	PLANILLA	Nº. PAGO	1000000396 ✓
APORTES SALUD	\$ 218.900 ✓	ENTIDAD	SURA ✓
APORTES PENSIÓN	\$ 280.200 ✓	ENTIDAD	COLPENSION ✓
APORTES ARL	\$ 42.700 ✓	ENTIDAD	POSITIVA ✓
PAGO DE ESTAMPILLAS GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO			
No. DE LIQUIDACIÓN	00000000 – N/A		
REFERENCIA DE PAGO	00000000 – N/A		
VALOR CANCELADO	\$ 000.000 – N/A		

Atentamente.

Observaciones: _____


ANDREA VILORIA ALTAMAR
 Sub-Gerente Científico –
 Supervisor



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

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4008752729

PÓLIZA No: 400 -89 - 994000009308 ANEXO:1

AGENCIA EXPEDIDORA: CABECERA			COD AGE: 400			RAMO: 89			PAP:					
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	
02	07	2025	11	06	2025	23:59	11	06	2026	23:59	365	02	07	2025
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA			VIGENCIA DESDE			VIGENCIA HASTA			FECHA DE IMPRESIÓN		
MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL						A LAS			A LAS			TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESIÓN		

TIPO DE MOVIMIENTO: RENOVACION			VIGENCIA DEL ANEXO			DIA			MES			AÑO			HORAS			DIA			MES			AÑO			HORAS			DIA		
						11			06			2025			23:59			11			06			2026			23:59			365		

DATOS DEL TOMADOR		
NOMBRE:	MONICA DEL CARMEN BARANDICA VITTORINO	IDENTIFICACIÓN: CC 32.738.288
DIRECCIÓN:	CALLE 10 B N 2C-5	CIUDAD: MALAMBO, ATLÁNTICO TELÉFONO: 6053767952

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO		
ASEGURADO:	MONICA DEL CARMEN BARANDICA VITTORINO	IDENTIFICACIÓN: CC 32.738.288
DIRECCIÓN:	CALLE 10 B N 2C-5	CIUDAD: MALAMBO, ATLÁNTICO TELÉFONO: 6053767952
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS	IDENTIFICACIÓN: NT 001-8

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS		
ITEM: 1	DEPARTAMENTO: ATLÁNTICO	CIUDAD: MALAMBO
DIRECCIÓN: CALLE 10B No. 2C-5		
ACTIVIDAD: AUXILIAR DE LA SALUD		
DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA
DAÑO EMERGENTE POR EL ACTO MEDICO		\$ 150,000,000.00
RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA		150,000,000.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO		150,000,000.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		150,000,000.00
SUSTITUCION PROVISIONAL		150,000,000.00
GASTOS DE DEFENSA		15,000,000.00
		LIMITE POR EVENTO
		0.00
		0.00
		0.00
		0.00
DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 2.00 SMMVLV en RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS/SUSTITUCION PROVISIONAL		
BENEFICIARIOS		
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS		
TOMADOR: MONICA DEL CARMEN BARANDICA VITTORINO		
ASEGURADO: MONICA DEL CARMEN BARANDICA VITTORINO		
BENEFICIARIO: Terceros Afectados y/o quien tenga derecho a la prestación asegurada.		
PROFESION ASEGURADA: AUXILIAR EN ENFERMERÍA		
ESPECIALIZACION: NINGUNO		

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	TOTAL A PAGAR
\$ ****150,000,000.00	\$ *****82,425	\$ ****15,000.00	\$ *****18,511	\$ *****115,936

INTERMEDIARIO			COASEGURO CEDIDO		
NOMBRE	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO
AGENCIA REY RINCON SEGUROS LTDA	10430	100.00			

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO

PARA ACCEDER AL ELABORADO DE SU PÓLIZA DE SEGURO, POR FAVOR INGRESE AL SIGUIENTE LINK <https://aseguradorasolidaria.com.co/enlaces-de-interes/8-biblioteca-de-clausulas.aspx> Y BUSQUE EL NOMBRE DEL PRODUCTO TAL Y COMO FIGURA EN EL TÍTULO DE ESTE DOCUMENTO. TAMBIÉN PUEDE VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTA PÓLIZA DESDE NUESTRA PÁGINA WEB <https://www.aseguradorasolidaria.com.co>, EN EL MENÚ "SERVICIOS", OPCIÓN "CONSULTA PÓLIZA DE CUMPLIMIENTO Y OTROS".

FIRMA ASEGURADOR	(415)7701861000019(8020)00000000007000400875272	FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 0A-45 Piso 12 Bogotá	CLIENTE	EXT. KHERNANDEZ 0
--	---------	-------------------

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SEHA e ICBF
CC 3173828		BARANDICA VICTORINO BORICA DEL CARMEN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 108 # 2C504 BELLAVISTA MALAMBO	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3184633	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo	Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Valor
2026-03	2026-03	100000396	9500871170	1	2026/04/23	2026/04/06	BANCO DE BOGOTA	\$541,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Homeres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0
1	CC 3173828	BARANDICA BORICA	25-34	30	\$1,750,905	\$280,200	EP5010	30	\$1,750,905	\$218,900		0	\$0	\$0	14-23	30	\$1,750,905	\$42,700	c	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 32738288		BARANDICA VITTORINO MONICA DEL CARMEN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 106 # 2CS04 BELLAVISTA MALAMBO	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3184633	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2026-03	2026-03	1000000396	9500871170	I	2026/04/23	2026/04/06	BANCO DE BOGOTA	0	\$541,800

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$42,700	\$0	\$0	\$42,700	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$42,700	\$0	\$0	\$42,700	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900	
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900	
TOTAL				1	\$541,800	\$0	\$0	\$541,800	

Certificación Bancaria

Miércoles, 25 de febrero de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que MONICA DEL CARMEN BARANDICA VITTORINO identificado(a) con CC 32738288, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta Ahorros	91232076807	2022-02-03	ACTIVO*	

***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 a los siguientes números:
Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 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**

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospchoso@bancolombia.com.co