

Malambo - Atlántico, 30 de ABRIL de 2026 ✓

CUENTA DE COBRO No. 04-2026

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

DEBE A:

NOMBRES Y APELLIDOS: ALIENTH ROSSY MUÑIZ PEÑARANDA ✓
NUMERO DE IDENTIFICACION: 1131074005 ✓
CONTRATO No: OS-2026-0448 ✓
MES A ADEUDADO: ABRIL ✓
ÁREA: FACTURACION
DIRECCION: CARRERA 1C SUR #4B5-04
TELEFONO: 3105271202
EMAIL: ALIZ_MP04@HOTMAIL.COM

OBJETO DE CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE FACTURACIÓN DE LA E.S.E HOSPITAL LOCAL DE MALAMBO. ✓

VALOR A COBRAR: \$ 2.500.000
EN LETRAS: DOS MILLONES QUINIENTOS MIL.

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

DATOS DE LA CUENTA BANCARIA	
NOMBRES Y APELLIDOS	ALIENTH ROSSY MUÑIZ PEÑARANDA
CEDULA DE CIUDADANIA	1131074005
BANCO	DAVIVIENDA
CUENTA No.	0550076000928929
CLASE DE CUENTA	AHORRO

EPS: SURA EPS
AFP: PORVENIR
ARL: POSITIVA


ALIENTH ROSSY MUÑIZ PEÑARANDA
C.C. 1131074005

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

CONTRATISTA	ALIENTH ROSSY MUÑOZ PEÑARANDA ✓
IDENTIFICACIÓN	1131074005 ✓
MES A PAGAR	ABRIL ✓
PERIODO DE SUPERVISIÓN	01-04-2026 AL 30-04-2026 ✓
CONTRATO No.	OS-2026-0448 ✓
PLAZO DE EJECUCION	2 MESES ✓
OBJETO CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE FACTURACION EN LA E.S.E HOSPITAL LOCAL DE MALAMBO ✓

En Municipio de Malambo el día 30 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 Facturo usuarios ingresados a consulta externa. ➤ El contratista Facturo Facture usuarios ingresados por el programa PYM ➤ El contratista Facturo exámenes de laboratorio. ➤ El contratista Facturo usuarios de planificación ➤ El contratista Oriente al usuario. ➤ El contratista Entrego resultados de laboratorio ➤ El contratista Entrego historias clínicas.	

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

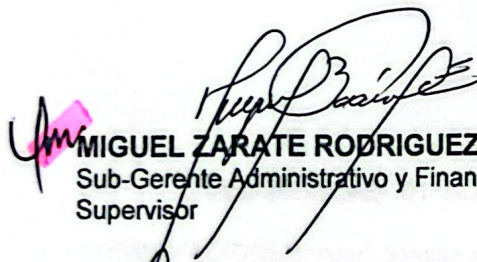
VALOR A PAGAR	\$ 2.500.000
VALOR EN LETRAS	DOS MILLONES QUINIENTO MIL

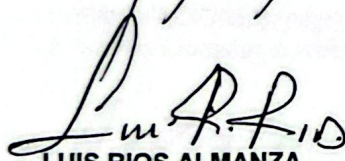
El contratista cumplió con los requisitos exigidos por el contratante para la presentación de la cuenta de cobro dentro del proceso contractual del respectivo mes y año. Verificándose que se encuentra con la documentación en regla, debidamente gestionada y validado en las plataformas (seguridad social,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

SEGURIDAD SOCIAL			
PERIODO - (ABRIL)	✓	PLANILLA 9503709406	No. PAGO 250286233 ✓
APORTES SALUD	\$ 218.900 ✓	ENTIDAD	SURA EPS ✓
APORTES PENSIÓN	\$ 280.200 ✓	ENTIDAD	PORVENIR ✓
APORTES ARL	\$ 42.700 ✓	ENTIDAD	POSITIVA ✓
PAGO DE ESTAMPILLAS GOBERNACIÓN DEL ATLÁNTICO			
No. DE LIQUIDACIÓN	20260069783 ✓		
REFERENCIA DE PAGO	20260187850 ✓		
VALOR CANCELADO	\$ 140.000 ✓		

Atentamente.

Observaciones: _____


MIGUEL ZARATE RODRIGUEZ
 Sub-Gerente Administrativo y Financiero
 Supervisor


LUIS RIOS ALMANZA
 Líder del proceso
 Vo. Bo.

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

 E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE MALAMBO SANTA MARIA MAGDALENA ANIMANDO VIDA, RESPONDIENDO A SU LLAMADO	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: ALIENTH ROSSY MUÑOZ PEÑARANDA ✓
IDENTIFICACIÓN: 1131074005 ✓
No. DEL CONTRATO: OS-2026-0448 ✓
MES A COBRAR: ABRIL ✓
FECHA DEL INFORME: 30-04-2026 ✓

OBJETO CONTRACTUAL: PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE FACTURACIÓN 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:

- Facture usuarios ingresados a consulta externa.
- Facture usuarios ingresados por el programa PYM
- Facture exámenes de laboratorio.
- Facture usuarios de planificación
- Oriente al usuario. ✓
- Entregue resultados de laboratorio
- Entregue historias clínicas.

(Handwritten signature)

PERIODO DEL INFORME: 01/04/2026 AL 30/04/2026 ✓

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.

Alieith Rossy Muñoz Peñaranda
ALIENTH ROSSY MUÑOZ PEÑARANDA
C.C.1131074005

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: 20260069783	REFERENCIA DE PAGO: 20260187850 ✓	
FECHA DE PAGO: 22/04/2026	BASE GRAVABLE: 5000000	
CONTRIBUYENTE: alienth rossy muñiz peñaranda	CEDULA O NIT: 1131074005	
ENTIDAD CONTRATANTE: HOSPITAL LOCAL DE MALAMBO	Nº DE CONTRATO: OS-2026-0448 ✓	FECHA SUSCRIPCION: 17/04/2026

2. INFORMACIÓN DETALLADA	
CONCEPTO	VALOR
ESTAMPILLA CIUDADELA UNIVERSITARIA	\$ 90.000
ESTAMPILLA PRO DESARROLLO	\$ 50.000
Total a Pagar	\$ 140.000 ✓
CONTRIBUYENTE	22/04/2026

Este documento debe ser verificado por la entidad responsable de exigir su pago en la página web de la gobernación
www.atlantico.gov.co en el link impuestos departamentales

GOBERNACIÓN		
20260187850		
ACTO Y/O HECHO GENERADOR: CONTRATOS Y CONVENIOS		
CONTRIBUYENTE: alienth rossy muñiz peñaranda	CEDULA O NIT: 1131074005	
FECHA LIQUIDACIÓN: 22/04/2026	Nro DE LIQUIDACION: 20260069783	TOTAL: \$ 140.000

BANCO

20260187850		
Nro DE ACTO Y/O HECHO GENERADOR: CONTRATOS Y CONVENIOS		
CONTRIBUYENTE: alienth rossy muñiz peñaranda	CEDULA O NIT: 1131074005	
FECHA LIQUIDACIÓN: 22/04/2026	Nro DE LIQUIDACION: 20260069783 ✓	TOTAL: \$ 140.000

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 113074005		ALIENTH ROSSY MUNIZ PEÑARANDA	INDEPENDIENTE	Principal	cr 1 c sur 4 b 5 -04	MALAMBO-ATLANTICO	3105271202	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2026-04	2026-04	250286233	9503709406	I	2026/05/05	2026/04/24	NEQUI	0	\$541,800

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200	
POVENIR	230301	800,224,808	8	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	
EPSURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900	
TOTAL				1	\$541,800	\$0	\$0	\$541,800	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1131074005		ALIENITH ROSSY MUÑOZ PERARANDA	INDEPENDIENTE	Principal	crr 1 c sur 4 b 5 -04	MALAMBO-ATLANTICO	3105271202	No
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2026-04	2026-04	2502H6233	9503709406	I	2026/05/05	2026/04/24	NEQUI	\$541,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
Nro.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sesional: Principal (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0
Centros de Trabajo: Principal (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0
Gudiri: MALAMBO Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0
11	CC	1131074005	MUÑOZ ALIENITH	230301	30		EPS010	30	\$1,750,905	\$218,900	0		\$0	\$0	14-23	30	\$1,750,905	\$42,700	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0



DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

**BARRANQUILLA,
ATLANTICO,
COLOMBIA,
A quien interese**

04/02/2026 ✓

Por medio de la presente hacemos constar que la **señora ALIENTH MUNOZ** ✓
PENARANDA con **Cédula de Ciudadanía** número **1131074005** ✓

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número

0550076000928929 ✓

Fecha de apertura

26/01/2026

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

1131074005
CÉDULA DE CIUDADANÍA
EN 2015

Banco Davivienda S.A.
NIT 800.014.373-7