SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CODIGO: AP-IA-PT-014
VERSIÓN: 01
FECHA: 2020-05-04

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: [illegible] C.D.P. No.: 102 Proceso al que pertenece: HOSPITALIZACION/URGENCIAS

Unidad a la que pertenece: UBS SAN BLAS

Nombre del Contratista: RANEL ANGELICA PALACIO HERRERA C.C 32.736.342 de: Barranquilla

Fecha Inicio: 2021-02-01 Fecha Terminación inicial: 2020-03-31 Valor Mensual: $ 14.442.000 Valor a cobrar: $ 14.442.000

| ADICIÓN: OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACION |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 10.458.000 | 902 | 2021-04-01 | 2021-04-30 |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |

| Nº CTA | MES DE CUESTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | | | $2.993.000 | 405739984 |
| 2 | FEBRERO | $ 9.462.000 | $ 2.704.000 | 49189583 |
| 3 | MARZO | $ 8.466.000 | $ 4.135.300 | 49975289 |
| 4 | ABRIL | $ 14.442.000 | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |

Diligencie el comportamiento informado acorde con la atención brindada

Resumen de contrato

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 25.896.000 | $ 36.354.000 | $ 32.370.000 | $ 3.984.000 |

## 2. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO

OBJETO DEL CONTRATO

Prestar servicios de acuerdo a su perfil academico para desarrollar actividades en suprofesion con disponibilidad en cumplimiento de la mision y vision de la sub red integrada de servicios de salud centro oriente ESE.

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2021-04-01 Hasta: 2021-04-30

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las establecidas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACION | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | Realizar las actividades , procedimientos diagnósticos y terapéuticos determinados dentro del plan de manejo, con un alto nivel científico, ético y humano, de una manera oportuna y pertinente , en correspondencia con las necesidades de los pacientes , y teniendo en cuenta que todas las decisiones clínicas generadas en la atención médica procurarán el mejoramiento de la salud del paciente | "Se Realizaron las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan de atención de su profesión." | Registro en historia clinica en el sistema de dinamica gerencial |
| 2 | Brindar una atención en salud con oportunidad , integridad, suficiencia y pertinencia, en un ambiente de atención personalizada y humanizada , cumpliendo el principio de equidad y con énfasis en actividades , procedimientos, protocolos, intervenciones y guías de atención, de acuerdo a los estándares de habilitación y acreditación | Se llevo acabo la atencion con oportunidad, integralidad, suficiencia y pertenencia con estandaderes de habilitacion y acreditacion | Registro en historia clinica en el sistema de dinamica gerencial |
| 3 | Realizar las actividades según las necesidades de la subred dando cubertura en todas las Unidades en donde se presta el servicio y sea requerido | se cumplio con la asignacion de horarios en las diferentes unidades según programacion | Programacion de turnos, registrados en cuadro de turnos |
| 4 | informar al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo , atención y recomendaciones de egreso , generando un alto grado de satisfacción sobre los servicios prestados , resolviendo inquietudes relacionadas con el proceso de atención. | Se realizo activades de atencion y se explicaron planes de egreso como de recomendaciones | Registro en historia clinica en el sistema de dinamica gerencial |
| 5 | Diligenciar los registros de las atenciones , procedimientos, actividades e intervenciones, que permita mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación | se realizo el registro correcto de la historia clinica de los diagnosticos como de procedimientos | Registro en historia clinica en el sistema de dinamica gerencial y realizacion de fichas de notificacion |
| 6 | Respetar los derechos del paciente , cumplir el código de ética médica y las disposiciones legales pertinentes propias de los servicios en donde se preste la atención | Se Mantuvo la reserva de la información y se realiza una atencion basada en las normativas vigentes | |
| 7 | Realizar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación e impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados | Se impartió instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente. | Registro en historia clinica en el sistema de dinamica gerencial y entrega de incicaciones medicas a personal de enfermeria |
| 8 | Emitir conceptos médicos que se requieran, realizar resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que sean solicitados | Se Realizó resúmenes de historia clinica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos según se requiera | Registro en historia clinica en el sistema de dinamica gerencial |
| 9 | Diligenciar en forma completa, oportuna, sistematizada y legible (en los casos en que se presenten fallas del sistema), los formatos, la historias clínicas, consentimiento informado, reportes de estudios y demás registros propios de su actuar, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, los procedimientos de auditoria y demás directrices relacionadas con el manejo de historias clínicas y respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con la firm | Se Diligenció en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad, Realizando los registros correspondientes en la historia clínica, solicitudes de exámenes diagnósticos, formulación de medicamentos, formatos no POS, interconsultas, remisiones y otros documentos según indicaciones de los médicos tratantes, y avalado con firma y sello por los Médicos Especialistas | Registro en historia clinica en el sistema de dinamica gerencial, impresión de formulacion, medicamentos nor pos e interconsultas, con sello y firma |
| 10 | Garantizar la debida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos | Se Mantuvo la reserva de la información | |
| 11 | Utilizar de manera adecuada los equipos, elementos e instalaciones y los recursos que la Subred aporte al desarrollo de las actividades contratadas y responder por su reposición o reparación cuando los daños se ocasionen por negligencia o inadecuada manipulación de los mismos | Respondi por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas. | Registro en notas de turno y notas de enfermeria en el sistema de dinamica gerencial |

Escaneado con CamScanner

| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E<br>APOYO – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO<br>FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO | CÓDIGO: AP-IA-FT-014<br>VERSIÓN: 02<br>FECHA: 2020-05-04 |
|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| 12 | **Reportar al área de Recursos Físicos – Activos Fijos de la SUBRED, los equipos de propiedad del contratista, que se destine a las actividades asistenciales** | Respondi por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas. | Registro en notas de turno y notas de enfermeria en el sistema de dinamica gerencial |
| 13 | **El contratista deberá responder por la seguridad de los equipos que se encuentren bajo su custodia** | Respondi por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas. | Registro en notas de turno y notas de enfermeria en el sistema de dinamica gerencial |
| 14 | **Apoyar la elaboración de respuestas a reclamaciones y requerimientos que se presenten en desarrollo de la atención que se obliga a prestar a los usuarios o pacientes que demanden el servicio.** | Di respuesta a quejas o requerimientos oportunamente cuando se le asigne | Respuesta de quejas escritas entregadas a referente |
| 15 | **Prestar el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales evitando así que se genere Glosa Definitiva o procesos de Conciliación por parte de EAPB** | se realizo acompañamiento a los requerimientos de facturacion para apoyar proceso de conciliacion | Registro en historia clinica en el sistema de dinamica gerencial |
| 16 | **Notificar los sucesos de seguridad que se presenten durante el proceso de atención al paciente y apoyar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio** | se realizo las notificaciones, correspondientes y se realizo acompañamiento en las revisiones | Registro en historia clinica en el sistema de dinamica gerencial y realizacion de notificacion de eventos adeveros |
| 17 | **Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente** | Se realizo fichas de notificaciones, según protocolos vigenges. | Entrega de fichas de notificacion |
| 18 | **Apoyar las actividades de docencia de servicio en la revista médica u otro espacio dirigidas a los estudiantes y/o personal del servicio, para el desarrollo y formación del recurso humano en salud** | Participe en las Revistas Médicas con la especialidad pertinente, reuniones académicas, juntas médicas, reuniones asistenciales o administrativas según las necesidades del servicio y cuando se le requiera. | Registro de jefe de turno de participacion |
| 19 | Instruir a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de su especialidad. | Se capacito a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de su especialidad. | Registro en historia clinica en el sistema de dinamica gerencial |
| 20 | Preparar y presentar conforme a su competencia los informes, solicitudes, peticiones y/o respuestas, requeridas por las entidades públicas o privadas; dentro de los términos de ley, garantizando la veracidad, oportunidad y confidencialidad de los mismos. | se responde informes cuando se presente o se acuden a las audiencias solicitadas | |
| 21 | Asistir y aprobar los procesos de actualización presenciales y virtuales, Inducción y/o re-inducción, programados por el CONTRATANTE y por las entidades autorizadas por este, con el fin de contribuir al desarrollo de las actividades y obligaciones contractuales. | Realizo las capacitaciones programadas por el servicio | asistencia el la coordinacion del servicio |
| 22 | El contratista se compromete a no ofrecer, ni dar dádivas, sobornos o cualquier forma de halaog o retibuciones prebena a directivos funcionarios representantes o asesores o terceros directamente o indirectamente, | no entrego prebendas ni dadivas alguna persona | |
| 23 | Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo y ejecución del presente Contrato, de acuerdo con la normatividad interna de la Subred, al Código del Buen Gobierno y de Ética Institucional y/o Profesional. | realizo mis activadades con etica y conforme al codigo de etia de la sub red | |
| 24 | Conocer, promover y aplicar las Normas de Gestión Ambiental y residuos hospitalarios, haciendo uso eficiente de los insumos puestos a su disposición, así como de agua y energía y ayduo con el reciclaje | REALIZO SEGREGACION ADECUADA DE RESIDUOS | |
| 25 | Se compromete a salvaguardar la imagen institucional. Cualquier actuación o pronunciamiento alguno que hiciere sin el conocimiento y consentimiento de la E.S.E, que comprometa el buen nombre la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. o de cualquiera de sus Unidades de Prestación de Servicios de Salud, será motivo de terminación del contrato | utilizo de forma adecauda la informacion y las insignias de la sub red | |
| 26 | El contratista mensualmente deberá cargar a la plataforma Secop II el formato informe y cuenta de cobro aprobado y firmado por el supevisor de contrato. | subo la informacion al secop | secop 2 |
| 27 | El contratista deberá garantizar la sociabilización al paciente y su familia de información que garantice la seguridad y humanización | mie rigo por el codigo de humanizacion de la sub red | |

| | |
|---|---|
| Observaciones: | Raxel O Palacio X. |
| | Firma del Contratista |
| Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL. En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro. | C.C. 52.736.342 de Barranquilla |

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| NOMBRE: | ÉDGAR URIEL JARA HERRERA |
| CARGO: | REFERENTE DE SERVICIOS ASISTENCIALES OMIRS SAN BLAS |
| FIRMA | |

Escaneado con CamScanner

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 32736342 | RAXEL ANGELICA PALACIO HERRERA | Calle 24 C # 84-85 Interior 8 Apartamento 202 | 3007179 | raxel_p@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ. D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2021-03 | 2021-03 | I | | 49539269 | $4.135.300 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS005 | Sanitas EPS | 800251440-6 | 1.618.500 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 1.618.500 | 1 |

| TOTALES PENSIÓN | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
| 25-14 | Colpensiones | 900336004-7 | 2.071.700 | 0 | 0 | 64.800 | 64.800 | 0 | 0 | | 2.201.300 | 1 |

| TOTALES RIESGOS LABORALES | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-11 | ARL SURA | 890903790-8 | 315.500 | | | | 315.500 | 0 | 0 | 315.500 | | | 3.155 | 315.500 | 1 |

| TOTALES CAJAS | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |

| TOTALES PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| SENA | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

| TOTALES POR SUBSISTEMA | | | |
|---|---|---|---|
| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud | 1 | 1.618.500 | 1.618.500 |
| Pensión | 1 | 2.201.300 | 2.201.300 |
| Riesgos Laborales | 1 | 315.500 | 315.500 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 4.135.300 | 4.135.300 |

Escaneado con CamScanner

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 de 1

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NUMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 3273934[illegible]2 | RAXEL ANGELICA PALACIO HERRERA | Calle 24 C # 84-66 Interior 8 Apartamento [illegible] | 3007179 | raxel_p@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | I -- Independiente | | | BOGOTÁ, D.C. | BOGOTÁ, D.C. | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2021-03 | 2021-03 | 1 | | [illegible] | $4.135.300 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Estudiante | Extranjero | Cotiz. exterior | Pensionado | IGE | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VIP | VCT | INT | ERP | COMENTARIO | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cod. EPS | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC | 3273934[illegible]2 | PALACIO HERRERA RAXEL ANGELICA | 66 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 12.948.000 | 2.071.700 | 0 | 0 | 64.800 | 64.800 | EPS006 | 12.948.000 | 1.618.500 | 14-11 | 12.948.000 | 3 | 255.600 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Escaneado con CamScanner

**CUENTA DE COBRO (Consecutivo) No.** 2 **Mes** Abril **de 2021**

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD**
**CENTRO ORIENTE E.S.E.**
**Nit. 900.959.051.7**

**DEBE A:**

**Nombre:** Ráxel Angélica Palacio Herrera
**C.C. No.**

La suma de: $ 14.442.000

Total Horas: 174

Por concepto de:

- Honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. PS 2894 2021, correspondiente al mes de Abril 2021.

OBJETO: PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES, DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICIÓN DE Pediatra PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES, EN LOS DIFERENTES SERVICIOS Y EN LAS UNIDADES QUE SE REQUIERA, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Cordialmente,

Ráxel A. Palacio H

C.C. No. 32736342
Teléfono: 3108754784

Escaneado con CamScanner

RAXEL ANGELICA PALACIO HERRERA
MEDICO ESPECIALISTA EN PEDIATRIA

**RAXEL ANGELICA PALACIO HERRERA**
NIT: 32736342-1
Régimen: No responsable de IVA
Persona Natural
CL 24 C 84 85 IN 8 AP 222 BRR MODELIA, Bogotá D.C., Bogotá, Colombia
Tel. 3108754784
Autorización factura electrónica de venta No. 18764011435100 válida desde 2021-03-10 hasta 2021-09-10 rango desde FE1 hasta FE100.

| | |
|---|---|
| **Cliente:** | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE |
| **NIT:** | 900959051-7 |
| **Dirección:** | DIG 34 5 43, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia |
| **Teléfono:** | 3023290575 |
| **Email:** | recepcionfacturasservicios@subredcentrooriente.gov.co |
| **Tipo de negociación:** | Crédito |
| **Medio de Pago:** | Transferencia Débito Bancaria |
| **Fecha de Pago:** | 30/04/2021 |
| **Total de Lineas:** | 1 |

| | |
|---|---|
| FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA: | **FE3** |
| MONEDA: | **COP Colombia, Pesos** |
| HORA EMISIÓN: | **12:42:43** |
| FECHA FIRMADO: | **19/04/2021 17:42:39** |

| FECHA DE EMISIÓN | | | FECHA DE VENCIMIENTO | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIA | MES | AÑO | DIA | MES | AÑO |
| 19 | 04 | 2021 | 30 | 04 | 2021 |

| # | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | U. MEDIDA | CANTIDAD | PRECIO U. | IVA | DCTO. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 85121200-5 | Servicios Profesionales en Medicina<br>Servicios prestados en el mes de Abril del 2021 | WSD | 174,00 | $83.000,00 | | 0,00 | $14.442.000,00 |

**Notas**:

**SON**: (catorce millones cuatrocientos cuarenta y dos mil pesos )
**CUFE**: 879c9d48cc1f330b2621b849504de9cd7bc28cde740e5b8c771fabe67afba41bc5d2e5b5213e57cd676c9aeb20ca3145

| | |
|---|---|
| **Subtotal:** | $14.442.000,00 |
| **Cargos:** | $0.00 |
| **Descuento:** | $0.00 |
| **Total:** | $14.442.000,00 |

**Firma Digital:**
qzYvVfBqwrsK/ZtoXgMqBC27JSa8yQ9/soFDOC7/xp2e8Bz0nGbLgY1oW0QE7r8N+eKWtXsj9P+s5IXiEaEjr8e/XCSH4pw94W/gGAKzxMi6owdPa27zxfB5cqZOxZ21U6kljEq+j2aaJG6xDi17+8lsncnN3QiknOBjVqqGH7z3RU9DWAk+rhH/qtgfVnXcCLxk9XfKq6nsieKvpVlbu5NjJp9RhmUrhEfJMy6F9tjy23G8Wkqmdo6m1oxz3Cvq8k/RENBXyM7MVSyQgIUwGal1UH4NnroCGViHagOnChuxuD6l7tA6kqj6qre/bpkcW678J2eCqcL+uSCx9GP1g==

Escaneado con CamScanner