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
Email. raxel_p@hotmail.com
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 Crédito
Fecha de Pago: 30/06/2021
Total de Lineas: 1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA: FE5
MONEDA: COP Colombia, Pesos
HORA EMISIÓN: 09:40:12
FECHA FIRMADO: 16/06/2021 14:40:10

FECHA DE EMISIÓN			FECHA DE VENCIMIENTO		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
15	06	2021	30	06	2021

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U. MEDIDA	CANTIDAD	PRECIO U.	IVA	DCTO.	TOTAL
1	85121200-5	Servicios Profesionales en Medicina Junio del 2021	WSD	150,00	$83.000,00		0,00	$12.450.000,00

Notas:

SON: (doce millones cuatrocientos cincuenta mil pesos)
CUFE: 268173e68c535ee84fdd99681fb4433a2a6b4d496506f44313e0ced4d0bc26bde4093522f0df5f22c7c680a92c6e3dc8

Subtotal:	$12.450.000,00
Cargos:	$0.00
Descuento:	$0.00
Total:	$12.450.000,00

Firma Digital:
ohCBNDtG6bS69J8aCkwtsmaW55vEqbBRaPSwqiTGAXK3SYsyxXZLKAldeYWF0shIxoMhjLI1bMzEmhedUgC35wecl0Gyj9g31amm3VEhMOKkeUMoNTbfekjjMLyhQy5TO8/vZ8GN0Wh5rrEx0lws+oE3Esle3h3x0DVORzCaNqYQ1Mx
f4CriozL3zbgA7hfgFYxm9Odq//ZSKmEygApKI8JO7+Fgx19VyaRFQH7oBQPalVC6S5fqncDrzxiVZ2dROorRv/6YqYBswn/pA3rzw0ltg5sASnmUVm54gMYJQH+1qyctEsU1dSM6+tifL9mv/fJq8PoJMnPosr/dyCyNww==

Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

Escaneado con CamScanner

CUENTA DE COBRO (Consecutivo) No. _____ Mes Junio 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. 32.736.342

La suma de: $ 12.450.000

Total Horas: 150

Por concepto de:

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

OBJETO: PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES, DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICIÓN DE _____ 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 O. Palacio H

C.C. No. 32 736 342
Teléfono: 3108754784

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	52736342	RAXEL ANGELICA PALACIO HERRERA	Calle 24 C # 84-85 Interior 8 Apartamento 202	3097179	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	
2021-05	2021-05	I	15/06/2021	51245690	$3.817.200	

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	1.494.000	0		0		0	0	0	0	1.494.000	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	1.912.400	0	0	59.800	59.800	0	0		2.032.000	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	890903790-5	291.200				291.200	0	0	291.200			2.912	291.200	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	1.494.000	1.494.000
Pensión	1	2.032.000	2.032.000
Riesgos Laborales	1	291.200	291.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	3.817.200	3.817.200

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Escaneado con CamScanner

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE

TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	
CC	32736342	RAXEL ANGELICA PALACIO HERRERA		Calle 24 C # 84-85 Interior 8 Apartamento [illegible]	8007179	raxel_p@hotmail.com	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	
2021-05	2021-05	I	16/06/2021	51245690	$3.817.200	

TALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES													PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. 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
CC	32736342	PALACIO HERRERA RAXEL ANGELICA	59	0			N																	25-14	11,952,000	1,912,400	0	0	59,800	59,800	EPS005	11,952,000	1,494,000	14-11	11,952,000	3	291,200		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Escaneado con CamScanner

Centro Oriente E.S.E.

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

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 02
FECHA: 2020-05-04

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 2804 2021	**C.D.P. No.:**	302	**Proceso al que pertenece:**	HOSPITALIZACION-URGENCIAS
				Unidad a la que pertenece:	USS SAN BLAS
Nombre del Contratista:	RAXEL ANGELICA PALACIO HERRERA			**C.C.** 32.736.342	**de:** Barranquilla
Fecha Inicio:	2021-02-01	**Fecha Terminación Inicial:**	2020-03-31	**Valor Mensual:** $ 12.450.000	**Valor a cobrar:** $ 12.450.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 10.458.000	902	2021-04-01	2021-04-30
2	$ 21.082.000	1220	2021-05-01	2021-06-15
3	$ 13.788.000	1759	2021-06-16	2021-08-15
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	$ 9.462.000	$2.913.000	40578984
2	MARZO	$ 8.466.000	$ 2.704.000	49169583
3	ABRIL	$ 14.442.000	$ 4.135.300	49939269
4	MAYO	$ 11.952.000	$ 4.612.600	50488575
5	JUNIO	$ 12.450.000	$ 3.817.200	51245690
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				

Diligenciar el consentimiento 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	$ 71.224.000	$ 56.772.000	$ 14.452.000

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 disponiblidad 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:** 2021-06-01 **Hasta:** 2021-06-30

	OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA	PRODUTO 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	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 proplas 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

Escaneado con CamScanner

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 clínica, 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 clinicas 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	Respondí 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
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	Respondí 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	Respondí 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	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

Escaneado con CamScanner

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO	CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 02 FECHA: 2020-05-04

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 éste, 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 Codigo 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 energia 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 socialilización 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:	Rável Q. Palacio M Firma del Contratista
Se anexa certificacion 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. 32.736.342 de Barranquilla

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

Escaneado con CamScanner