9

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA

Versión	3
Fecha de aprobación	15/02/2018
Código:	04-02-FO-0002

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MICHAEL JOSE MORALES RACEDO											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1235240154						
CORREO ELECTRONICO:	dr.michaeljmorales@gmail.com				CELULAR:	3162321183						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	UCIs				SEDE:	KENNEDY						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	KE10J02-CV19	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	Davivienda				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	0570475170035996								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1470-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			8 DE 8
NÚMERO DE CDP	30	FECHA	8/01/2021	NÚMERO DE CRP	11989	FECHA	31/01/2021
NÚMERO DE CDP	1308	FECHA	24/08/2021	NÚMERO DE CRP	45277	FECHA	31/08/2021
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar servicios profesionales especializados a la gstión administrativa y/o asistencial en el area de cirugías dentro del os diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DEL SERVICIO DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la Institución.**						

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		1	9	2021		30	9	2021
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$10.783.344							
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%						

OBSERVACIONES: Se cobra 132 horas a razon de $81,692 hora

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$69.059.048
VALOR EJECUTADO	$68.058.240
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$10.783.344
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1.000.808
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	99%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del **mínimo** valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a **$2,271,315** el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
53110701	$3.136.972,80	$392.122	$501.916	3	$76.417	**$970.454**

Dado en Bogotá a los ( ) días del mes de septiembre del año dos mil veintiuno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

ORLANDO ENRIQUE NUÑEZ SOTO
REFERENTE TECNICO UCIS

MICHAEL JOSE MORALES RACEDO

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Versión	2
Fecha de aprobación	3/04/2017
Código:	04-02-FO-0003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	UCIs					**Sede: USS KENNEDY**				
No. DE CONTRATO:	1470-2021	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**	
			1	9	2.021		30	9	2.021	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MICHAEL JOSE MORALES RACEDO		**C. C.**	1.235.240.154		**DE**	MARACAIBO, VENEZUELA			

OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como PROFESIONAL ESPECIALIZADO de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ NO ____ Servicios: SI X NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Recibir y diligenciar diariamente, a través de la reunión de entrega de turno, el libro de entrega de turno.	100%	1. Recibí y diligencié diariamente, a través de la reunión de entrega de turno, el libro de entrega de turno durante el mes a certificar de acuedo con la progracion de turnos del mismo., bajo los parametros legales, eticos y profesionales con los que he sido contratado..	Libro de entrega de turnos
2, Elaborar el listado de pacientes de cada una de las áreas asignadas, con el fin de conocer lo que se tiene pendiente en lo referente al diagnóstico, tratamiento, remisión y/o reubicación en la subred.	100%	2, Elaboré listados de pacientes de cada una de las áreas asignadas, con el fin de conocer lo que se tiene pendiente en lo referente al diagnóstico, tratamiento, remisión y/o reubicación en la subred, durante el mes a certificar de acuedo con la progracion de turnos del mismo., bajo los parametros legales, eticos y profesionales con los que he sido contratado..	Libro de entrega de turnos
3. Evolucionar y formular órdenes médicas a pacientes según las áreas asignadas.	100%	3. Evolucioné y formulé órdenes médicas a pacientes según las áreas asignadas, durante el mes a certificar de acuedo con la progracion de turnos del mismo., bajo los parametros legales, eticos y profesionales con los que he sido contratado..	Historias Clinicas de cada paciente
4. Presentar los pacientes del área asignada al médico internista o especialista pertinente.	100%	4. Presenté los pacientes del área asignada al médico internista o especialista pertinente. durante el mes a certificar de acuedo con la progracion de turnos del mismo., bajo los parametros legales, eticos y profesionales con los que he sido contratado..	Historias Clinicas de cada paciente
5. Participar en las reuniones de juntas médicas interdisciplinarias	100%	5. Participé en las reuniones de juntas médicas interdisciplinarias durante el mes a certificar de acuedo con la progracion de turnos del mismo., bajo los parametros legales, eticos y profesionales con los que he sido contratado..	Lobro de entrega de turnos
6. Colaborar y/o realizar procedimientos médicos pertinentes al área asignada.	100%	6. Colaboré y realicé procedimientos médicos pertinentes al área asignada. durante el mes a certificar de acuedo con la progracion de turnos del mismo., bajo los parametros legales, eticos y profesionales con los que he sido contratado..	Historias Clinicas de cada paciente
7. Diligenciar los formatos institucionales requeridos para cada paciente asignado.	100%	7. Diligencié los formatos institucionales requeridos para cada paciente asignado. durante el mes a certificar de acuedo con la progracion de turnos del mismo., bajo los parametros legales, eticos y profesionales con los que he sido contratado..	Historias Clinicas de cada paciente
8. Diligenciar los certificados médicos de defunción requeridos y pertinentes al área asignada.	100%	8. Diligencié los certificados médicos de defunción requeridos y pertinentes al área asignada. durante el mes a certificar de acuedo con la progracion de turnos del mismo., bajo los parametros legales, eticos y profesionales con los que he sido contratado..	Historias Clinicas de cada paciente
9. Participar en el proceso de enseñanza aprendizaje a los estudiantes, según los convenios docencia servicio con que cuenta la institución.	100%	9. Participé en el proceso de enseñanza - aprendizaje a los estudiantes, según los convenios docencia servicio con que cuenta la institución. durante el mes a certificar de acuedo con la progracion de turnos del mismo., bajo los parametros legales, eticos y profesionales con los que he sido contratado..	Lobro de entrega de turnos
10 . Participar en las reuniones de actualización programadas por el servicio	100%	Participé en reuniones de actualización programadas en el servicio con el fin de afianzar nuevos conocimientos sobre temas de interés	Lista de asistencia
11, Pagar sus aportes al sistema general de seguridad social integral durante la ejecucion del presente contrato sobre los montos legales establecidos y dentro de los quince (15) primeros dias calendario de cada mes	100%	11, Pagué aportes al sistema general de seguridad social integral sobre los montos legales establecidos y dentro de los quince (15) primeros dias calendario del mes a certificr, de acuerdo con el monto legal establecido, bajo los parametros eticos y profesionales con los que he sido contratado	Copia de planilla pagada

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): ($10,783,344) DIEZ MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y CUATRO PESOS M/CTE

CONTRATISTA :MICHAEL JOSE MORALES RACEDO C.C.No. 1235240154

Fecha recibido:

Firma recibido supervisor: ORLANDO ENRIQUE NUÑEZ SOTO - REFERENTE TECNICO UCIS

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

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	1235240154	MICHAEL JOSE MORALES RACEDO	calle 152b #72-51 Int 6 Apt 403	5970550	dr.michaeljmorales@gmail.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	
2021-08	2021-08	I	06/09/2021	53110701	$2.859.400	

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	1.119.200	0		0		0	0	0	0	1.119.200	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	1.432.500	0	0	44.800	44.800	0	0		1.522.100	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	218.100				218.100	0	0	218.100			2.181	218.100	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	1.119.200	1.119.200
Pensión	1	1.522.100	1.522.100
Riesgos Laborales	1	218.100	218.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	2.859.400	2.859.400

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

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	1235240154	MICHAEL JOSE MORALES RACEDO	calle 152b #72-51 Int 6 Apt 403	5970550	dr.michaeljmorales@gmail.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: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2021-08	2021-08	I	06/09/2021	53110701	$2.859.400

ETALLE 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	INL	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	1235240154	MORALES RACEDO MICHAEL JOSE	57	0			N																	230201	8.952.973	1.432.500	0	0	44.800	44.800	EPS005	8.952.973	1.119.200	14-11	8.952.973	3	218.100		0	0	0	0	0	0	0

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

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Representación Gráfica

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Datos del Documento

Número de Factura: MJMR-27

Código Único de Factura - CUFE : 81f8d8108e35ac648b01e701ba656530032290e034653c33457dce2f2c3a9eba6f4f771be583b8d091dcc012d0d9dfcf

Fecha de Emisión: 08/09/2021
Tipo de Operación: Generica
Tipo de Negociación: Crédito
Orden de Compra:

Fecha de Vencimiento: 08/10/2021
Prefijo: MJMR
Medio de Pago: Transferecia Crédito
Fecha orden de compra:

Datos del Emisor

Tipo de Responsabilidad:R-99-PN
Nit del Emisor: 1235240154
Nombre Comercial: MORALES RACEDO MICHAEL JOSE
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Actividad Económica: 8621

Teléfono: 3162321183

Razón Social: MORALES RACEDO MICHAEL JOSE

Dirección: CL 152 B 72 51 IN 6 AP 403
País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio: Bogotá, D.c.
Correo: dr.michaeljmorales@gmail.com

Datos del Adquiriente

Nit del Adquiriente:900959048

Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 900959048
Nombre Comercial: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE ESE
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Tipo de Responsabilidad:R-99-PN

Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE ESE
Dirección: CL 9 39 46
País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio/Ciudad: Bogotá, D.c.
Correo: dorisaldanaaranda64@gmail.com
Teléfono: 5551347

Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio Unitario	Descuento	Recargo	IMPUESTOS IVA	IMPUESTOS INC	IMPUESTOS Bolsa	Valor de Venta por Item
1	01	HONORARIOS ESPECIALIZADOS	HUR	132,00	$ 81.692,00						$ 10.783.344,00

Descuentos y Recargos Globales

Nro.	Tipo	Código	Descripción	%	Monto

Información Complementaria Extensión

Nro	Nombre Campo	Valor Campo

Anticipos

Nro	Valor	Fecha recibido

Referencias

Tipo de Documento Referencia	Número Referencia	Fecha Referencia

Notas Finales

HONORARIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS SEPTIEMBRE 2021
Linea de negocio: HONORARIOS

Datos Totales

MONEDA		COP
TASA DE CAMBIO		
Subtotal Precio Unitario (=)	$	10.783.344,00
Subtotal Base gravable (=)	$	0,00
Total otros impuestos (+)	$	0,00
Monto total impuesto(+)	$	0,00
Total mas impuesto (=)	$	10.783.344,00
Descuento Global (-)	$	0,00
Recargo Global (+)	$	0,00
Valor total de la operación (=)	$	10.783.344,00

Documento validado por la DIAN
08/09/2021 19:22:56

Documento generado el: 08/09/2021 19:22:55

Generado por: **Solución Gratuita DIAN** Nit: **800.197.268**

Numero de Autorización: 18764016060914 Rango Autorizado: Desde 22 Rango Autorizado: Hasta 500 Vigencia: 2022-02-07