

					Versión 3			
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA					Fecha de aprobación 2/15/2018			
					Código: 04-02-FO-0002			
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:					SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			UCI ADULTOS OCCIDENTE DE KENNEDY			SEDE:		SUBRED
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	KE10J02	100						
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			570475170035996				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		1205			VIGENCIA		2023	
NÚMERO DE CDP	2243	FECHA	2023-09-28 15:52:43.000		NÚMERO DE CRP	45787	FECHA	2023-09-29 13:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:		MEDICO ESPECIALISTA- CIRUJANO						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL		
			2023-09-01			2023-09-30		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:					\$13,519,896			
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial		RESERVA DE GLOSA 0%			N/A		
OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.								
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO								
CONCEPTO					VALORES			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:					\$135,545,624			
VALOR EJECUTADO					\$107,639,172			
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA					\$13,519,896			
VALOR A LIBERAR					\$0			
SALDO POR EJECUTAR					\$27,906,452			
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN					79%			
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 \$2.194,507 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	
70744610	\$5,407,958	\$675,995		\$865,273	3	\$131,738	\$1,673,006	
Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Septiembre de 2023. Lo anterior para que surta el pago pertinente. <div style="text-align: center;"> juan carlos hernandez sabogal 79565267 Supervisor </div>								
Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.. Copyright © 2021								

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
1. Realizar entrega de turno correspondiente	1. Realicé entrega de turno correspondiente	Entrega de turno
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.	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 acuerdo con la programación de turnos del mismo., bajo los parámetros legales, éticos y profesionales con los que he sido contratado..	Entrega de turno
3. Evolucionar y formular órdenes médicas a pacientes según las áreas asignadas.	3. Evolucioné y formulé órdenes médicas a pacientes según las áreas asignadas, durante el mes a certificar de acuerdo con la programación de turnos del mismo., bajo los parámetros legales, éticos y profesionales con los que he sido contratado..	Historias Clínicas de cada paciente
4. Presentar los pacientes del área asignada al médico internista o especialista pertinente.	4. Presenté los pacientes del área asignada al médico internista o especialista pertinente. durante el mes a certificar de acuerdo con la programación de turnos del mismo., bajo los parámetros legales, éticos y profesionales con los que he sido contratado..	Historias Clínicas de cada paciente
5. Participar en las reuniones de juntas médicas interdisciplinarias	5. Participé en las reuniones de juntas médicas interdisciplinarias durante el mes a certificar de acuerdo con la programación de turnos del mismo., bajo los parámetros legales, éticos y profesionales con los que he sido contratado..	Entrega de turno
6. Colaborar y/o realizar procedimientos médicos pertinentes al área asignada.	6. Colaboré y realicé procedimientos médicos pertinentes al área asignada. durante el mes a certificar de acuerdo con la programación de turnos del mismo., bajo los parámetros legales, éticos y profesionales con los que he sido contratado..	Historias Clínicas de cada paciente
7. Diligenciar los formatos institucionales requeridos para cada paciente asignado.	7. Diligencié los formatos institucionales requeridos para cada paciente asignado. durante el mes a certificar de acuerdo con la programación de turnos del mismo., bajo los parámetros legales, éticos y profesionales con los que he sido contratado..	Historias Clínicas de cada paciente
8. Diligenciar los certificados médicos de defunción requeridos y pertinentes al área asignada.	8. Diligencié los certificados médicos de defunción requeridos y pertinentes al área asignada. durante el mes a certificar de acuerdo con la programación de turnos del mismo., bajo los parámetros legales, éticos y profesionales con los que he sido contratado..	Historias Clínicas de cada paciente
9. Participar en el proceso de enseñanza aprendizaje a los estudiantes, según los convenios docencia servicio con que cuenta la institución.	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 acuerdo con la programación de turnos del mismo., bajo los parámetros legales, éticos y profesionales con los que he sido contratado..	Entrega de turno
10. Participar en las reuniones de actualización programadas por el servicio	10. 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 ejecución del presente contrato sobre los montos legales establecidos y dentro de los quince (15) primeros días calendario de cada mes	11. Pagué aportes al sistema general de seguridad social integral sobre los montos legales establecidos y dentro de los quince (15) primeros días calendario del mes a certificar, de acuerdo con el monto legal establecido, bajo los parámetros éticos y profesionales con los que he sido contratado	Copia de planilla pagada

juan carlos hernandez sabogal
79565267
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada
Subred Suroccidente

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE : 8181c772e29bee1f24f4d7fdbfe4b2a3d652dfc2e42d5bd021073072a12da9
8d4739397a0a757624023283afc5d1c804

Número de Factura: MJMR-143
Fecha de Emisión: 06/09/2023
Fecha de Vencimiento: 06/10/2023
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Crédito
Medio de Pago: Transferecia Crédito
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: MORALES RACEDO MICHAEL JOSE
Nombre Comercial: MORALES RACEDO MICHAEL JOSE
Nit del Emisor: 1235240154
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal: O-47
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 8621

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CR 72 BIS 152 B 32 TO B7 AP 802
Teléfono / Móvil: 3162321183
Correo: dr.michaeljmorales@gmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

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

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CL 9 39 46
Teléfono / Móvil: 5551347
Correo: dorisaldanaaranda64@gmail.com

Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1	01	HONORARIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA GENERAL	HUR	156,00	\$ 86.666,00	\$ 0,00	\$ 0,00					\$ 13.519.896,00

Descuentos y Recargos Globales

Nro.	Tipo	Código	Descripción	%	Valor
------	------	--------	-------------	---	-------

Información Complementaria

Nro	Nombre Campo	Valor Campo
-----	--------------	-------------

Anticipos

Nro	Valor	Fecha recibido
-----	-------	----------------

Referencias

Tipo de Documento Referencia	Número Referencia	Fecha Referencia
------------------------------	-------------------	------------------

Notas Finales

HONORARIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS EN CIRUGIA GENERAL EN SEPTIEMBRE DE 2023
Línea de negocio: HONORARIOS

Datos Totales



Documento validado por la DIAN 2023-09-08 18:00:54
Documento generado el: 2023-09-08 18:00:53
Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit: 800.197.268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	13.519.896,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	13.519.896,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	13.519.896,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 13.519.896,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764045529109

Rango desde: 118

Rango hasta: 500

Vigencia: 2023-09-06

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-08	2023-08	I	07/09/2023	70744610	\$3.412.700	

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	1.335.700	0		0		0	0	0	0	1.335.700	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
231001	Colfondos	800227940-6	1.709.700	0	0	53.500	53.500	0	0		1.816.700	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	260.300				260.300	0	0	260.300			2.603	260.300	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	1.335.700	1.335.700
Pensión	1	1.816.700	1.816.700
Riesgos Laborales	1	260.300	260.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	3.412.700	3.412.700

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
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.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2023-08	2023-08	I	07/09/2023	70744610	10
					TOTAL A PAGAR
					\$3.412.700

DETALLE POR COTIZANTE																																																	
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres				Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IOA	IOB	IOG	IOH	IOI	IOJ	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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
1	CC	1235240154	MORALES RACEDO MICHAEL JOSE				57	0			N																	231001	10.685.158	1.709.700	0	0	53.500	53.500	EPS005	10.685.158	1.335.700	14-11	10.685.158	3	260.300		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA