

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:		MEDICINA INTERNA				SEDE:		KENNEDY				
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	KE10B04	46	KE10I06	4	KE10J05	50						
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:		5529-2020		N° DE PAGOS DEL CONTRATO		2 de 2	
NÚMERO DE CDP	1052	FECHA	22/07/2020	NÚMERO DE CRP	32531	FECHA	31/07/2020
OBJETO DEL CONTRATO:		Prestar servicios profesionales especializados a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de cirugías dentro de los 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	8	2020		31	8	2020
VALOR HONORARIOS MENSUALES:		\$8.050.758							
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial		RESERVA DE GLOSA 2%						

OBSERVACIONES: SE COBRAN 102 HORAS POR VALOR DE \$78,929 HORA

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$25.446.710
VALOR EJECUTADO	\$18.785.102
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$8.050.758
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$6.661.608
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	74%

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 \$2,194,508 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
45599754	\$4.293.737.60	\$536.717	\$686.998	3	\$104.595	\$1.328.311

Dado en Bogotá a los () días del mes de agosto del año dos mil veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

ANDRES ALBERTO ALMANZAR SALAZAR
REFERENTE TECNICO MEDICINA INTERNA

MICHAEL JOSE MORALES RACEDO

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

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



Ubicación del Servicio:	MEDICINA INTERNA	Sede: USS KENNEDY
No. DE CONTRATO:	5529-2020	Periodo certificado desde el
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 ☒ 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 acuerdo con la programación de turnos del mismo., bajo los parámetros legales, éticos 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 acuerdo con la programación de turnos del mismo., bajo los parámetros legales, éticos 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 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.	100%	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	100%	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..	Libro 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 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.	100%	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.	100%	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.	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 acuerdo con la programación de turnos del mismo., bajo los parámetros legales, éticos y profesionales con los que he sido contratado..	Libro 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 ejecución del presente contrato sobre los montos legales establecidos y dentro de los quince (15) primeros días 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 días calendario del mes a certificar, de acuerdo con el monto legal establecido, bajo los parámetros legales, éticos y profesionales con los que he sido contratado	Copia de planilla pagada

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): (\$8,050,758) OCHO MILLONES CINCUENTA MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y OCHO PESOS M/CTE

CONTRATISTA: MICHAEL JOSE MORALES RACEDO C.C.No. 1235240154
Firma recibido supervisor: ANDRES ALBERTO ALMANZAR SALAZAR - REFERENTE TECNICO MEDICINA INTERNA

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



Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información 900089104-5
Razón Social del Operador de Información ARUS (antes Enlace Operativo)
Descripción Pago de Seguridad Social
Fecha 2020-08-04, 03:26:32 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos julio de 2020
Periodo de Cotización Para Salud julio de 2020
Empresa MICHAEL JOSE MORALES RACEDO
CEDULA CIUDADANIA CC 1235240154
Código Sucursal (Nombre) ()
Referencia de Pago/ Número Planilla 45599754
Tipo de Planilla I
Número Transacción Bancaria/ CUS 702465098
Banco (1051) - BANCO DAVIVIENDA
Valor \$ 1.371.400
Estado de la Transacción Aprobada
Dirección IP de Origen 10.42.6.1

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N800227940	231001	COLFONDOS	1	\$ 730.000	\$ 0
N800251440	EPS005	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.	1	\$ 536.800	\$ 0
N890903790	14-11	ARL SURA	1	\$ 104.600	\$ 0
SubTotales:				\$ 1.371.400	\$ 0
Total a Pagar:					\$ 1.371.400



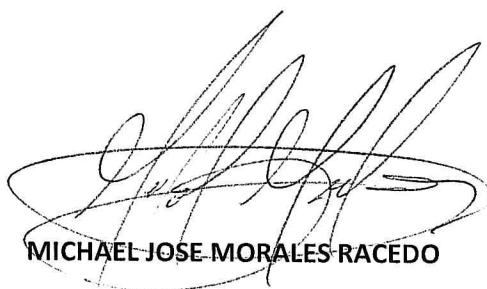
DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

MICHAEL JOSE MORALES RACEDO
C.C No. 1235240154 DE MARACAIBO, VENEZUELA

La suma de: (\$8.050.758) ocho millones cincuenta mil setecientos cincuenta y ocho pesos m/cte.

Por concepto de: Prestación de servicios como Médico Especialista en el servicio de Medicina Interna de la unidad Kennedy, durante el periodo de 10 al 31 de agosto de 2020, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No. 5529-2020



MICHAEL JOSE MORALES RACEDO
C.C No. 1235240154 DE MARACAIBO, VENEZUELA
CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA
NUMERO 0570475170035996