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	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	CARLOS AUGUSTO SOLORZANO RAMOS											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1.024.472.196						
CORREO ELECTRONICO:	catt21@hotmail.com				CELULAR:	3133100993						
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	%
	FO03B04	23	FO03I06	23	FO03J05	30	KE10I06	24				
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	176270080003								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1444-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			2 de 3			
NÚMERO DE CDP	30	FECHA	8/01/2021	NÚMERO DE CRP		11964	FECHA	31/01/2021		
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como MEDICO INTERNISTA 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	3	2021		31	3	2021		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$21.566.688									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%								

OBSERVACIONES: Se cobra 264 horas a razón de $81,692

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$89.100.000
VALOR EJECUTADO	$42.948.204
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$21.566.688
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$46.151.796
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	48%

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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
	$8.552.606,40	$1.069.076	$1.368.417	3	$208.341	**$2.645.834**

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

ANDRES ALBERTO ALMANZAR SALAZAR
REFERENTE TECNICO MEDICINA INTERNA

CARLOS AUGUSTO SOLORZANO RAMOS

Ubicación del Servicio:	MEDICINA INTERNA				**Sede:** USS KENNEDY				
No. DE CONTRATO:	1444-2021	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	3	2.021		31	3	2.021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	CARLOS AUGUSTO SOLORZANO RAMOS		**C. C.**		1.024.472.196		**DE**	Bogotá	

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 MEDICO INTERNISTA 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..	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 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..	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 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): ($21,566,688) VEINTIUN MILLON QUINIENTOS SESENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS MCTE

CONTRATISTA :CARLOS AUGUSTO SOLORZANO RAMOS C.C. No.1024472196

Fecha recibido:

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.

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	1024472196	CARLOS AUGUSTO SOLORZANO RAMOS		CALLE 47 A SUR NO 26 - 86	7106861	CATT21@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	
2021-02	2021-02	I		49181537	$2.541.400	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	994.700	0		0		0	0	0	0	994.700	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
230301	Porvenir	800224808-8	1.273.200	0	0	39.800	39.800	0	0		1.352.800	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	193.900				193.900	0	0	193.900			1.939	193.900	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	994.700	994.700
Pensión	1	1.352.800	1.352.800
Riesgos Laborales	1	193.900	193.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	2.541.400	2.541.400

Sal 1.069.076
P – 1.348.412
ARL – 193.900
Total – 2.645.834

19.890.108 + 1.451.408
40% IBC — 8.552.607

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	1024472196	CARLOS AUGUSTO SOLORZANO RAMOS	CALLE 47 A SUR NO 26 - 86	7106861	CATT21@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	
2021-02	2021-02	I		49181537	$2.541.400	

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	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	1024472196	SOLORZANO RAMOS CARLOS AUGUSTO	59	0			N																	230301	7.957.000	1.273.200	0	0	39.800	39.800	EPS008	7.957.000	994.700	14-11	7.957.000	3	193.900		0	0	0	0	0	0	0	0

2.645.834
2.541.400
104.434

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

Secretaria de Salud
Subred Sur Occidente E.S.E.

PLANILLA PROGRAMACION DE ACTIVIDADES CONTRATOS

Servicio/área:	MEDICINA INTERNA	Mes:	MARZO	Año:	2021	HORAS MAXIMAS MES
Líder operativo:	ANDRES ALBERTO ALMANZAR SALAZAR		Fecha de elaboración:		20/02/2021	LO CONTRATADO

No.	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	N° de Cédula	HORAS PROGRAMADAS POR FUNCIONARI	DIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
					L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M
				PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES (Digitar la letra que identifica el turno programado)																																
USS FONTIBON INFECTOLOGIA																																			
27	CARLOS SOLORZANO	1.024.472.196	0		M	M	M	M	M			M	M	M	M	M			M	M	M	M	M			M	M	T	M	M	T	T	M	M	M
28			150		6	6	6	6	6			6	6	6	6	6			6	6	6	6	6			6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
USS FONTIBON UCI COVID																																			
27	CARLOS SOLORZANO	1.024.472.196	0						N							N										N									
28			36						12							12										12									
USS KENNEDY INFECTOLOGIA																																			
27	CARLOS SOLORZANO	1.024.472.196	0		T			T	T			T			T		T	T	T			T	T			T			T				T		
28			78		6			6	6			6			6		6	6	6			6	6			6			6				6		

TOTAL HORAS 264

HORARIO	CONVENCION	N°. DE HORAS
PERSONAL MÉDICO - ASISTENCIAL QUE LABORA POR TURNOS		
MAÑANA 10:00 am a 1:00 pm)	M	6
MAÑANA (7:00 am a 1:00 pm)	M	6
TARDE (1:00 pm a 7:00 pm)	T	6
DIA COMPLETO (7:00 am a 7:00 pm)	D	12
NOCHE (7:00 pm a 7:00 am)	N	12

Vo. Bo. ANDRES ALBERTO ALMANZAR SALAZAR

Referente Técnico Medicina Interna

Vo. Bo. RODRIGO DUARTE CELY

Referente Técnico USS Fontibón Medic

Dr. Rodrigo Duarte Cely
Médico Cirujano - UMAL
Anestesiología - U. Rosario
RM 1.136.750

CARLOS AUGUSTO SOLORZANO RAMOS

NIT: 1024472196-8

Régimen: No responsable de IVA

Persona Natural

Calle47 A SURNo. 26 -86, Bogotá D.C., Bogotá, Colombia

Tel. 3 1 3 3 1 0 0 9 9 3

Autorización factura electrónica de venta No. 18764007622043 válida desde 2020-11-17 hasta 2021-05-17 rango desde CASR1 hasta CASR50.

Cliente:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE
NIT:	900959048
Dirección:	Calle 9 No. 39 - 46, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia
Teléfono:	3753569
Email:	dorisaldanaaranda64@gmail.com
Tipo de negociación:	Contado
Medio de Pago:	Consignación bancaria
Fecha de Pago:	31/03/2021
Total de Lineas:	1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA:	**CASR9**
MONEDA:	**COP Colombia, Pesos**
HORA EMISIÓN:	**13:57:03**
FECHA FIRMADO:	**15/03/2021 18:56:58**

FECHA DE EMISIÓN			FECHA DE VENCIMIENTO		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
15	03	2021	15	03	2021

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U. MEDIDA	CANTIDAD	PRECIO U.	IVA	DCTO.	TOTAL
1	01	HONORARIOS	WSD	1,00	$21.566.688,00		0,00	$21.566.688,00

Notas:

SON: (veintiun millones quinientos sesenta y seis mil seiscientos ochenta y ocho pesos)

CUFE: 11915b17220cc7fe34b4d3e7131bf68567a862583f16a2c419d3a9057c7a7726a01c94f78f198daaf62e8826f65b8439

Subtotal:	$21.566.688,00
Cargos:	$0.00
Descuento:	$0.00
Total:	$21.566.688,00

Firma Digital:

JR2/kw80r9YlrxFq5nyMhIZozpKJ8AOol6CZ3U4fFvTwKEB/klBeD0zMvxNdNv9ro7TfV/RObRJZyAZK8pBwFqXbFxasn9eh8Nyhy/FQBSYtXX35bzolPdOeNc1P6kjmGFSl3RlJeoWx63kPu0uW+wLXSQqrB7jG9oB3LHML81QKGoy
dyxsq8bq9rurwWJFLctlT4hultReNlxRcH+D+hJuTPuZJxGAP0cSmw+TNlJHAH+2loKuNch4Aiy5lFWCnFdTxZ+Jxmbk6kA1vESHSAnmVsWB2DfocmnqOQzjSw9NkGwAp4G0vF9fLjJhM37s58Y5+Ribt/DcbkwxTnNEb4A==

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.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

Software: e-Factura Proveedor tecnológico: cadena s.a. Nit. 890.930.534-0