

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:		DAVIENIDA				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		4 DE 4			
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	5	2021		31	5	2021
VALOR HONORARIOS MENSUALES:		\$20.096.232							
TIPO DE SERVICIOS		Asistencial		RESERVA DE GLOSA 2%					

OBSERVACIONES: Se cobra 246 horas a razón de \$81,692

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$89.100.000
VALOR EJECUTADO	\$84.611.124
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$20.096.232
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$4.488.876
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	95%

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
50461854	\$8.626.675,20	\$1.078.334	\$1.380.268	3	\$210.146	\$2.668.748

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

ANDRÉS 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	5	2.021		31	5	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 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 éticos y profesionales con los que he sido contratado				Copia de planilla pagada				
OBSERVACIONES:												
TOTAL A PAGAR (Número y letras): (\$20,096,232) VEINTE MILLONES NOVENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS TREINTA Y DOS PESOS MCTE												
CONTRATISTA :CARLOS AUGUSTO SOLORZANO RAMOS C.C. No.1024472196						Firma recibido supervisor: ANDRÉS 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.												

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	
CC	1024472196	CARLOS AUGUSTO SOLORZANO RAMOS	CALLE 47 A SUR NO 26 -86	7106861	CATT21@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN ÚNICA	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	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)	CANTIDAD	
				EMPLEADOS	UPC
				1	0
PERIODO SALUD				TOTAL A PAGAR	
2021-04	2021-04	I	06/05/2021	5061/1854	\$2.755.400

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD		
Código EPS	Nombre	NIT
EPS008	Compensar EPS	860066942-7
		1,078,400

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor		Cotización			
EDSM08	Comensar EPS	86069942-7	1,078,400	0		0		0	0	0	0	1,078,400	1

TOTALES PENSIÓN

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Colización 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	Parvenir	800224809-8	1.380.400	0	0	43.200	43.200	0	0		1.466.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

TOTALES RIESGOS LABORALES																
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros		Valor Neto	Días Mora	Valor Mora	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor		Sistemas	Cotización								
14-11	ARL SURA	890903790-5	210.200					210.200	0	0	210.200			2.102	210.200	1

TOTALES CAJAS

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRE y Mora	Total a Pagar
Salud	1	1,078,400	1,078,400
Pensión	1	1,466,800	1,466,800
Riesgos Laborales	1	210,200	210,200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	2,755,400	2,755,400

CARLOS AUGUSTO SOLORZANO RAMOS

NIT: 1024472196-8

Régimen: No responsable de IVA

Persona Natural

Calle 47 A SUR No. 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: 31/05/2021
Total de Lineas: 1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA: CASR13
MONEDA: COP Colombia, Pesos
HORA EMISIÓN: 08:48:22
FECHA FIRMADO: 11/05/2021 13:48:19

FECHA DE EMISIÓN**FECHA DE VENCIMIENTO**

DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO
11	05	2021	11	05	2021

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U. MEDIDA	CANTIDAD	PRECIO U.	IVA	DCTO.	TOTAL
1	01	HONORARIOS	WSD	1,00	\$20.096.232,00		0,00	\$20.096.232,00

Notas:

SON: (veinte millones noventa y seis mil doscientos treinta y dos pesos)

CUFE: 5b62a3a0427e36cdb6dbec4f4f2b376d8fc02d124d67b40d141aaca31b91eca62788860b6ca1d98bb3d2d50d99e9d3

Subtotal:	\$20.096.232,00
Cargos:	\$0.00
Descuento:	\$0.00
Total:	\$20.096.232,00

**Firma Digital:**

mB6FscXU02Yx1/E17AQbexQeAO+zoOqGLDRpucho11e1VUJZQZfU6HMY6NRnPenho0ZQCJxojsLPrmEOSx7OQO6acSq9MeJaL2eoApRMEg8Er/2RIDvftUAMeRVz6X8Ay8pC+H7bNbyXG+AcxVDFe9eGVST+puJA2wgqZcNtRp7jAr82UKBlyIEaAA5oSYh+VH6x0IAvTEw+IPMF43qm4JPgZGKbpKDUW+x2bpLis2YmLr43lv3kcL0/lvs4kTtWtU84gCf9ah70by4sDBot6EGC1rljq95A6esZmQ2hG52gAA0kTER95w2BzRzKYSTI+9Rp6+7swRwbiHUA==

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

