

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:				INFECTOLOGIA				SEDE:		Kennedy				
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
		KE10N10	100											
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		5 DE 5					
NÚMERO DE CDP	30	FECHA	8/01/2021	NÚMERO DE CRP		11964	FECHA	31/01/2021					
NÚMERO DE CDP	755	FECHA	25/05/2021	NÚMERO DE CRP		30071	FECHA	31/05/2021					

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como MEDICO ESPECIALISTA EN INFECTOLOGIA 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	6	2021			30	6	2021

VALOR HONORARIOS MENSUALES: \$20.913.152

TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%		
-------------------	-------------	---------------------	--	--

OBSERVACIONES: Se cobra 256 horas a razón de \$81,692

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$105.601.784
VALOR EJECUTADO	\$105.524.276
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$20.913.152
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$77.508
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

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
51107377	\$8.038.492,80	\$1.004.812	\$1.286.159	3	\$195.818	\$2.486.788

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

CLARA YOLANDA PRADA GIL
DIRECTORA SERVICIOS HOSPITALARIOS

CARLOS AUGUSTO SOLORZANO RAMOS



Ubicación del Servicio:	INFECTOLOGIA		Sede: USS KENNEDY						
No. DE CONTRATO:	1444-2021	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	CARLOS AUGUSTO SOLORZANO RAMOS		1	6	2.021		30	6	2.021
			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 ESPECIALISTA EN INFECTOLOGIA 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): (\$20,913,152) VEINTE MILLONES NOVECIENTOS TRECE MIL CIENTO CINCUENTA Y DOS PESOS MCTE

 CONTRATISTA: CARLOS AUGUSTO SOLORZANO RAMOS C.C. No. 1024472196	Fecha recibido: Firma recibido supervisor: CLARA YOLANDA PRADA GIL - DIRECTORA SERVICIOS HOSPITALARIOS
--	---

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

TIPO		DATOS DEL APORTANTE						
	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO			
CC	1024472196	CARLOS AUGUSTO SOLORZANO RAMOS	CALLE 47 A SUR NO 26 -86	7106861	CAT721@HOTMAIL.COM			EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO		CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.		BOGOTÁ D.C.		

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					1
2021-05	2021-05	PERIODO PENSIONES			0
					TOTAL A PAGAR
				51107377	\$2,567,500

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD			
Código EPS	Nombre	NIT	Colización Obligatoria
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	1,004,900

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	1.004.900	0		0		0	0	0	0	1.004.900	1

TOTALES PENSIÓN

TOTALES PENSIÓN			
Código AFP	Nombre	NIT	Coltización Obligatoria
230301	Porvenir	800224908-8	1.286.300

Código AFP	Nombre	NIT	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	800224903-8	0	0	40.200	40.200	0	0		1.366.700	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

TOTALES RIESGOS LABORALES				
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización	Incapacidades
			Obligatoria	No. Autorización
14-11	ARL SURA	890903790-5	195,900	

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor									
14-11	ARL SUFA	890903790-5	195.900				195.900	0	195.900			1.959	195.900	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
0	0	0	0	0
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, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	1.004.900	1.004.900
Pensión	1	1.366.700	1.366.700
Riesgos Laborales	1	195.900	195.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	2.567.500	2.567.500

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

Email. catt21@hotmail.com

Autorización factura electrónica de venta No. 18764013758229 válida desde 2021-05-28 hasta 2021-11-28 rango desde CASR14 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: 30/06/2021
Total de Líneas: 1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA: CASR15
MONEDA: COP Colombia, Pesos
HORA EMISIÓN: 10:41:49
FECHA FIRMADO: 18/06/2021 15:41:47

FECHA DE EMISIÓN**FECHA DE VENCIMIENTO**

DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
18	06	2021	18	06	2021

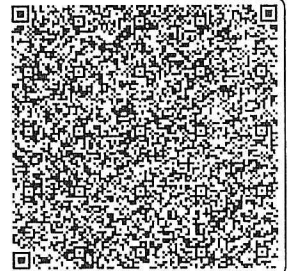
#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U. MEDIDA	CANTIDAD	PRECIO U.	IVA	DCTO.	TOTAL
1	01	HONORARIOS	WSD	1,00	\$20.913.152,00		0,00	\$20.913.152,00

Notas:

SON: (veinte millones novecientos trece mil ciento cincuenta y dos pesos)

CUFE: db8059448b4c75b944a1d2a8b450dca1a12a77a3bfc1dfb0b0737bd2aa27d3f289be086894bba9d5ebf23312584ae24e

Subtotal:	\$20.913.152,00
Cargos:	\$0.00
Descuento:	\$0.00
Total:	\$20.913.152,00

**Firma Digital:**

UpseirOYivJQ8BSXGe48aJTC+8EbUfQEMyTikgWgaow0l/9BCwekvp7quSzmEmxblF6h2xMPuHqjvggMHUdVx2z7X2nVMeSdpfLL96Oiy98aTBogBoiYXm5T7OpUv57lg6gHP7rjQ0TpZJEh1A8eMWCJrExbC6YUMz5JwQDdujXU5Ly
iYRWnwU0vDh5juccSZQpdICHgQNSgd3WpKdEylB0n2wrjpRAHQoWoGYbPTXxzZvGkWFtku01DAyxLSXBc0C1sWmnq7cDhNkMIq7plyNIPb8UVgDL1nKIOgbBbPQoOR7vkbto49RpKUypdGIJ6OmyDJxqb1LMcTT31g==