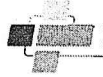


INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		CARLOS AUGUSTO SOLORZANO RAMOS											
TIPO DE DOCUMENTO:		C.C	X	C.E		NO.		1.024.472.196					
CORREO ELECTRONICO:		catt21@hotmail.com				CELULAR:		3133100993					
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:													
UBICACIÓN DEL 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		6 DE 6					
NÚMERO DE CDP		924	FECHA	21/06/2021	NÚMERO DE CRP		35666	FECHA	30/06/2021				
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	7	2021		31	7	2021		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$21.239.920									
TIPO DE SERVICIOS		Asistencial		RESERVA DE GLOSA 2%									
OBSERVACIONES: Se cobra 260 horas a razón de \$81,692													
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO													
CONCEPTO								VALORES					
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:								\$148.081.624					
VALOR EJECUTADO								\$126.764.196					
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA								\$21.239.920					
VALOR A LIBERAR								\$0					
SALDO POR EJECUTAR								\$21.317.428					
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN								86%					
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:													
Se verifica el cumplimiento del <u>mínimo</u> 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							
51837197	\$8.365.260,80	\$1.045.658	\$1.338.442	3	\$203.778	\$2.587.877							
Dado en Bogotá a los () días del mes de julio 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
			1	7	2.021		31	7	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 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 de docencia servicio con que cuenta la institución.	100%	9. Participé en el proceso de enseñanza - aprendizaje a los estudiantes, según los convenios de 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): (\$21,239,920) VEINTI UN MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS VEINTE PESOS MCTE									
CONTRATISTA :CARLOS AUGUSTO SOLORZANO RAMOS C.C. No.1024472196					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.									

DATOS DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD			
CC	1024472198	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 (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
51798664	07/07/2021				EMPLAOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-06	2021-06	N	08/07/2021	51837197	\$2.390.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	
EPS008	Compensar EPS	860068942-7	932.200	0		0	0	0	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 UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224608-8	1.193.200	0	0	41.900	41.900	0	0	0	932.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades No. Autorización	Valor	Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
14-11	ARL SURA	890903790-5	181.600				181.600	0	0	1.816	181.600	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
0	0	0	0
0	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	932.200	932.200
Pensión	1	1.277.000	1.277.000
Riesgos Laborales	1	181.600	181.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	2.390.800	2.390.800

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

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: 31/07/2021
Total de Líneas: 1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA:**CASR17**

MONEDA: COP Colombia, Pesos
HORA EMISIÓN: 08:40:41
FECHA FIRMADO: 12/07/2021 13:40:39

FECHA DE EMISIÓN**FECHA DE VENCIMIENTO**

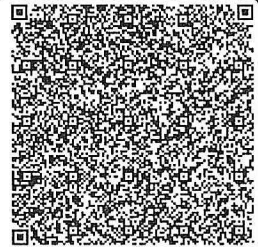
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
12	07	2021	12	07	2021

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U. MEDIDA	CANTIDAD	PRECIO U.	IVA	DCTO.	TOTAL
1	01	HONORARIOS	WSD	1,00	\$21.239.920,00		0,00	\$21.239.920,00

Notas:

SON: (veintiun millones doscientos treinta y nueve mil novecientos veinte pesos)

CUFE: 928f3d287c251d7ed9f158f2cec18d57dad633898eb4dfa3e802f6fe5a27eb505d6a3c605a63294e229c72e838346aa4

Subtotal: \$21.239.920,00**Cargos:** \$0.00**Descuento:** \$0.00**Total:** \$21.239.920,00**Firma Digital:**

ruEKanA6WibNhsOdsuLxhl+FFzpyrXyc8XTVz8u8i69lp7NZQuXqhu1aXAOuTbJwuFO/D9xuywtu21MolPgCrVjle9otVwnLXqHmJ2J46EPtSXuhXM+IV20AtWkiYQHEnR4e3YAQz217gQDJeS4W6ghJv0Zfd6fvlzuoZkOBO+MWW564FJlvmwdeEerDhPKEaBINBKTQ11nOAAgj8+ziNzhadn4AUTHqa8ARyopDdewTYO3Wc0mz59pT170VY18iSh+Q18/q0/9qIKAlusf5KUQ2sS3rNysgE2vQsfvclzQCItExhSPipHwRSRlgPaGPwldZBabMKme11Q==

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: Cadenas S.A. Nit. 890.930.534-0