

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE
PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR
TESORERÍA

Versión 3
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:			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			7 DE 7		
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	8	2021		31	8	2021	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$20.831.460								
TIPO DE SERVICIOS		Asistencial		RESERVA DE GLOSA 2%								

OBSERVACIONES: Se cobra 255 horas a razón de \$81,692

CONCEPTO		VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:		\$148.081.624
VALOR EJECUTADO		\$147.595.656
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA		\$20.831.460
VALOR A LIBERAR		\$0
SALDO POR EJECUTAR		\$485.968
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 COTIZACIÓN	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
52538608 y 52568399	\$8.495.968,00	\$1.061.996	\$1.359.355	3	\$206.962	\$2.628.313

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

ELENA VISITACION CASTRO SOLARTE
DIRECTOR SERVICIOS HOSPITALARIOS (E)

CARLOS AUGUSTO SOLORZANO RAMOS

TIPO		DATOS DEL APORTANTE							
	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO			
CC	1024472196	CARLOS AUGUSTO SOLORZANO RAMOS		CALLE 47 A SUR NO 26 - 86	7106861	CATT21@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.		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	PERIODO PENSIONES			TOTAL A PAGAR	
2021-07	2021-07	I	09/08/2021	52538608	\$281,200

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD			
Código EPS	Nombre	NIT	Coización Obligatoria
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	113.600

Código EPS	Nombre	NIT	Coatización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Coatización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	113.600	0		0		0	0	0	0	113.600	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria
230301	Porvenir	800224808-8	145.400

[illegible]**TOTALES RIESGOS LABORALES**

TOTALES RIESGOS LABORALES			
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria
14-11	ARL SURA	8690903790-5	22.200

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	22.200				22.200	0	0	22.200			222	22.200	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					No. Afiliados
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar		
SENA					
0	0	0	0	0	0
ICBF					
0	0	0	0	0	0
ESAP					
MEN					

TOTALES POR SUBSISTEMA

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRR y Mora	Total a Pagar
Salud	1	113.600	113.600
Pensión	1	145.400	145.400
Riesgos Laborales	1	22.200	22.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	281.200	281.200

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	
52538608	09/08/2021				EMPLAADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2021-07	2021-07	N	10/08/2021	92568399	\$2.432.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	948.400	0	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	
						0		0	
							Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC
								0	0
									Total a Pagar
									948.400
									No. Afiliados
									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	Parvenir	800224808-8	1.214.000	0	0	42.500	42.500	0	0	0	1.299.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros		Valor Neto	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
14-11	ARL SURA	890903790-5	184.800	No. Autorización	Valor	Aportes Sistemas		184.800	0	0	184.800			1,848	184.800	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
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA				
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora		
Salud	1	948.400	948.400	948.400
Pensión	1	1.299.000	1.299.000	1.299.000
Riesgos Laborales	1	184.800	184.800	184.800
CCF	0	0	0	0
ESAP	0	0	0	0
ICBF	0	0	0	0
MEN	0	0	0	0
SENA	0	0	0	0
TOTALES	3	2.432.200	2.432.200	2.432.200

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: dorisdanaaranda64@gmail.com

Tipo de negociación: Contado
Medio de Pago: Consignación bancaria
Fecha de Pago: 30/08/2021
Total de Líneas: 1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA:**CASR20****MONEDA:** COP Colombia, Pesos**HORA EMISIÓN:** 10:30:57**FECHA FIRMADO:** 13/08/2021 15:30:58**FECHA DE EMISIÓN****FECHA DE VENCIMIENTO**

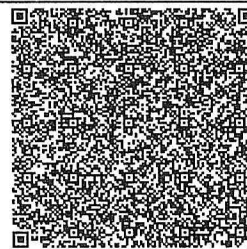
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
13	08	2021	13	08	2021

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U. MEDIDA	CANTIDAD	PRECIO U.	IVA	DCTO.	TOTAL
1	01	HONORARIOS	WSD	1,00	\$20.831.460,00		0,00	\$20.831.460,00

Notas:

SON: (veinte millones ochocientos treinta y un mil cuatrocientos sesenta pesos)

CUFE: c4b127fc038e4116533736287a4c6a9756ff6032e999642a23a5b36f3caf5da6f209023cb1015321f23ef210bf72b73c

Subtotal: \$20.831.460,00**Cargos:** \$0.00**Descuento:** \$0.00**Total:** \$20.831.460,00**Firma Digital:**

i8FZbNqJk/kllqJwz/5rGTnQs4a3wfxdazvS3oSJAZYefPgmZyJdWSYIHw6fJzVZdpgMJ9B1L2KhR75pzsQJuJ14HsMzuDPtLkCXC4NJ5v3+SKMCRKdxHmYS7cmoCfb0Z2X6birEg18AkpIYEFV968+LosW9DIlkJnsb6CaG3hvu bus8Q1KoQQ8qlMgDjncvH3aB84VDjYDg49yYP/qdBEtsGVnUPhO3jeHxbFWE5qbaNaQI+mUrQnIup0zUEyoQMvPvDN89Dx/IDEDNH8fIkG739pgCZvRwS7nClXX1zJ9FkijPR/gW4JkED6MJ4goteB1UPebAPg4QL7w==

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