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. 3133100993
Email. catt21@hotmail.com
Autorización factura electrónica de venta No. 18764099654171 válida desde 2025-10-03 hasta 2027-10-03 rango desde CASR151 hasta CASR300.

Nombre o Razón Social:	DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
NIT :	899999114
Dirección:	CALLE 26 NO 51-53, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia
Teléfono:	7490000
Email:	LUISARMANDO.ROJAS@CUNDINAMARCA.GOV.CO
Forma de Pago:	Contado
Medio de Pago:	Consignación bancaria
Total de Lineas:	1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA :	**CASR176**
MONEDA:	**COP Colombia, Pesos**
HORA EMISIÓN:	**23:01:39-05:00**
FECHA FIRMADO:	**03/03/2026 18:01:41**

FECHA DE EMISIÓN			FECHA DE VENCIMIENTO		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
03	03	2026	--	--	--

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD	PRECIO U.	IMPUESTOS			DCTO.	TOTAL
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	01	HONORARIOS	WSD	1,00	$7.973.108,00				0,00	$7.973.108,00

Notas:
HONORARIOS DEL 2 FEBRERO AL 28 DE FEBRERO DEL 2026

SON: (siete millones novecientos setenta y tres mil ciento ocho pesos)
CUFE: 41e05c371954a2ceedf4eb0b71b5a2f626d83287e112a85f917f22bb2f8b9c3fc7995172cb17c717c1af7ac8bec7b319

Subtotal:	$7.973.108,00
Cargos:	$0.00
Descuento:	$0.00
Total:	$7.973.108,00

Firma Digital: KeOH2PqvbHFfF6SHVZSAHplmch4jvEqLqHcFSlwCle0ECmJG1JECZZUHi+o1brRT
2rQD22h6Q2w69E3G5larF3rBEIZifGy1x+isdBWwrL9yfWiF9O
naDnCz0TFxhGci LpnbXmpLUW707UZhjPDiH5XvZOBLUMzXA+kcxioWjVhhQJ8k2uqOoqnSUmv3+7kd d+30pDP6K1SUjFn5NYlzn4Sy1cAUznAoyBb
E0gQGbCxp32/Y7EdWdfMytzo7aJGL nk1fTOpHoN5oa61ALXiZ/C+khGG0yQzcHv9JwWSiq+rLg7t1lNaR+2y67aymh/S7 EMt0Aim2F8yH6QmigGid
tQ==

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.

Bogotá D.C., 03 de marzo de 2026

Señores
A QUIEN PUEDA INTERESAR
Ciudad

Nos permitimos certificar que nuestro cliente CARLOS AUGUSTO SOLORZANO RAMOS identificado con CC N° 1024472196, se encuentra vinculado a nuestra entidad financiera desde 28-01-2016 a través del (los) producto (s):

Producto	Nro Producto	Estado	Fecha Apertura
Cuenta De Nómina	765067412	Activo	28/01/2016

La (s) cuenta (s) corriente (s) o de ahorros que se incluyen en este certificado, pertenece (n) al código 06 para transferencias ACH.

La expedición del presente documento no acredita como exonerado al cliente por las obligaciones respaldadas a título de codeudor, avalista, garante y/o a favor de un tercero. Si existen obligaciones pendientes con avalistas o garantes de su obligación, esta certificación no se extiende a dichas operaciones, las cuales estarán facultadas a cobrar las sumas que hubieran cancelado a Itaú.

En caso de error y/o inconsistencia en cualquier liquidación de las obligaciones expresamente mencionadas en este documento, se podrán hacer las correcciones a las que haya lugar en los términos del artículo 880 del Código de Comercio, con el propósito de obtener su rectificación.

Las anteriores sumas de dinero corresponden a saldos a la fecha, no incluyen otros gastos, costos, honorarios que se causen con ocasión de la cobranza extrajudicial o judicial adelantada y se modifican diariamente de conformidad con la causación de intereses. Todo prepago o mora podrá dar lugar a la modificación del valor contenido en el presente documento.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, a los 03 días del mes de marzo de 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Servicio

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Itaú. Establecimiento bancario.

José Federico Ustáriz González – Defensor del Consumidor Financiero principal. Pablo Valencia Agudo – Suplente. Carrera 11 A No. 96 – 51 Oficina 203, Bogotá D.C., teléfono 6108161/4. Horario: lunes a viernes de 8:00 am a 6:00 pm en jornada continua, correo electrónico defensoriaitau@ustarizabogados.com, página web www.ustarizabogados.com. Funciones: dar trámite a las quejas contra las entidades vigiladas en forma objetiva y gratuita, actuar como conciliador entre los consumidores financieros y la entidad, de los asuntos de su competencia, es decir, aquellos que no se encuentren dentro del artículo 14 de la Ley 1328 de 2009, servicio gratuito, que podrá solicitar de manera explícita directamente ante el Defensor sin formalidad alguna, de conformidad con lo previsto en el numeral 11 del artículo 2.34.2.1.5 del Decreto 2555 de 2010 y la Ley 640 de 2001, el documento en el cual conste la conciliación realizada entre las partes prestará mérito ejecutivo y hará tránsito a cosa juzgada. Ser vocero de los consumidores financieros ante la Institución, lo cual implica la posibilidad de dirigir en cualquier momento a las Juntas Directivas o Consejos de Administración de las entidades recomendaciones, propuestas y peticiones.

Gobernación de Cundinamarca	GESTIÓN CONTRACTUAL Y COMPRA PÚBLICA	Código E-GCCP-FR-017
		Versión : 5
	Informe de Supervisión Electrónico SUPERVISA	Fecha de Aprobación: 01/09/2025

INFORME DE SUPERVISIÓN DEL CONTRATO O CONVENIO N° SS CD-PSP-0348-2026	
Informe Parcial ___X___ / No. Del Informe 1	Informe Final _____
Periodo del Informe: Del 02.02.2026 hasta el 28.02.2026	
Fecha en la que se rinde el informe :	05.03.2026

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO O CONVENIO	
Contratista:	CARLOS AUGUSTO SOLORZANO RAMOS
NIT / C.C.:	1024472196
Supervisor:	FABIAN CAMILO SALGADO ESCOBAR
Cargo:	SUBDIRECTOR TÉCNICO
Objeto del Contrato o Convenio:	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS, PARA LA GESTIÓN Y SEGUIMIENTO DE EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DE ACUERDO CON LO DISPUESTO EN LOS LINEAMIENTOS NACIONALES.
Fecha de Suscripción de Contrato o Convenio:	19.01.2026
Fecha de Inicio del Contrato o Convenio	02.02.2026
Certificado de Disponibilidad Presupuestal	7100075937
Registro Presupuestal	4600035089
Valor Inicial del Contrato o Convenio	$65,984,344
Adición	$0
Vigencia Futura	$0
Pasivo Exigible	$0
Valor Total del Contrato	$65,984,344
Plazo de Ejecución Inicial	8 MESES
Prorroga No.	0
Plazo de Ejecución Final	8 MESES
Fecha De Terminación del Contrato o Convenio	01.10.2026
Suspensión (según aplique)	NO
Fecha De suspensión (si se llevó a cabo)	
Fecha De reinicio (si se llevó a cabo)	
Cesión / Terminación Anticipada	NO
Aseguradora	No aplica
Garantía de Cumplimiento	No aplica
Póliza de Responsabilidad Civil Extracontractual	No aplica

2. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

06 MAR 2026

Porcentaje de avance: 12%

1.Participar en las unidades de análisis de mortalidad y gestionar de manera oportuna el cierre de los casos, la elaboración de actas y la preparación de los informes correspondientes, conforme a la línea técnica establecida por los lineamientos nacionales de vigilancia en salud pública.

-Esta actividad no se requirió para este periodo

2.Asistir a un mínimo de dos desplazamientos a los municipios, con el fin de llevar a cabo asistencias técnicas, seguimientos, acompañamientos y la atención de eventos de interés en salud pública, así como otras actividades requeridas en el proceso de vigilancia dirigida a la red informadora de la vigilancia departamental, de acuerdo con la línea técnica establecida.

-Se adjunto asistencia técnica Infecciones asociadas a procedimientos medicoquirúrgicos Hospital Cardiovascular de Cundinamarca.
-Se adjunto asistencia técnica consumo de antimicrobianos Clínica Avidanti (Diacor Soacha SAS)

3.Participar y/o realizar espacios de análisis como comités de vigilancia epidemiológica departamental (COVE), salas de riesgo, Comité de vigilancia epidemiológica comunitaria (COVECOM), liderado por el Departamento, comité de dirección, mesas de trabajo, observatorios asignados.

-Esta actividad no se requirió para este periodo

4.Asesorar en la revisión y definición de los casos especiales de difícil manejo, así como en la elaboración de los planes de mejoramiento emitidos después de las unidades de análisis, garantizando que se tomen las acciones correctivas necesarias para mejorar la gestión y resolución de los casos.

-Esta actividad no se requirió para este periodo

5. Participar en el Comité de Expertos de Análisis de Casos, enfocado en eventos de interés en salud pública, brindando análisis, recomendaciones y apoyo técnico para la identificación, evaluación y manejo adecuado de los casos.

-SE ANEXO ACTA de Asistencia técnica instituto nacional de salud equipo de vigilancia secretaria de salud de Cundinamarca.

6. Elaborar los procesos de análisis e investigación relacionados con los eventos de interés en salud pública ocurridos en el Departamento de Cundinamarca.

-Adjunto informe de consumo de antibióticos UCI consolidado del 2025.
-Adjunto informe de consumo de antibióticos Hospitalización consolidado del 2025.
-Adjunto informe de infecciones asociadas a procedimientos medicoquirurgicos consolidado 2025.
-Adjunto informe de infecciones asociadas a dispositivos adultos, pediatria y neonatos consolidado del 2025.
-Anexo gráficos consumo de antibioticos hospitalización.
-Anexo gráficos consumo de antibioticos UCI.
-Anexo

3. PAGOS EFECTUADOS EN EL DESARROLLO DEL CONTRATO O CONVENIO

DOCUMENTO DE PAGO	FECHA	VALOR

4. BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO O CONVENIO (ESTE PUNTO SOLO APLICA PARA EL INFORME FINAL DE SUPERVISIÓN)

NO APLICA

5. RENDIMIENTOS FINANCIEROS (ESTE PUNTO SOLO APLICA PARA EL INFORME FINAL DE SUPERVISIÓN)

NO APLICA

6. RESPONSABLE DEL CIERRE DEL EXPEDIENTE DEL PROCESO DE CONTRATACIÓN (ESTE PUNTO SOLO APLICA EN LOS CASOS DE OBLIGACIONES POSTERIORES A LA LIQUIDACIÓN)

NO APLICA

7. RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

El contrato se ejecuto el contrato

FABIAN CAMILO SALGADO ESCOBAR
SUBDIRECTOR TÉCNICO

INFORME DE ACTIVIDADES No. 1
02 DE FEBRERO A 28 DE FEBRERO DEL 2026
CONTRATO SS- CD-PSP-0348-2026

1. **Participar en las unidades de análisis de mortalidad y gestionar de manera oportuna el cierre de los casos, la elaboración de actas y la preparación de los informes correspondientes, conforme a la línea técnica establecida por los lineamientos nacionales de vigilancia en salud pública.**

   - Sin requerimiento para el periodo

2. **Asistir a un mínimo de dos desplazamientos a los municipios, con el fin de llevar a cabo asistencias técnicas, seguimientos, acompañamientos y la atención de eventos de interés en salud pública, así como otras actividades requeridas en el proceso de vigilancia dirigida a la red informadora de la vigilancia departamental, de acuerdo con la línea técnica establecida.**

   - Se adjunta asistencia técnica Infecciones asociadas a procedimientos medicoquirúrgicos Hospital Cardiovascular de Cundinamarca.
   - Se adjunta asistencia técnica consumo de antimicrobianos Clinica Avidanti (Diacor Soacha SAS)

3. **Participar y/o realizar espacios de análisis como comités de vigilancia epidemiológica departamental (COVE), salas de riesgo, Comité de vigilancia epidemiológica comunitaria (COVECOM), liderado por el Departamento, comité de dirección, mesas de trabajo, observatorios asignados.**

   - Sin requerimiento para el periodo

4. **Asesorar en la revisión y definición de los casos especiales de difícil manejo, así como en la elaboración de los planes de mejoramiento emitidos después de las unidades de análisis, garantizando que se tomen las acciones correctivas necesarias para mejorar la gestión y resolución de los casos.**

   - Sin requerimiento para el periodo

5. **Participar en el Comité de Expertos de Análisis de Casos, enfocado en eventos de interés en salud pública, brindando análisis, recomendaciones y apoyo técnico para la identificación, evaluación y manejo adecuado de los casos.**

   - SE ANEXA ACTA de Asistencia técnica insituto nacional de salud equipo de vigilancia secretaria de salud de Cundinamarca.

6. **Elaborar los procesos de análisis e investigación relacionados con los eventos de interés en salud pública ocurridos en el Departamento de Cundinamarca.**

   - Se adjunta informe de consumo de antibióticos UCI consolidado del 2025.
   - Se adjunta informe de consumo de antibióticos Hospitalización consolidado del 2025.
   - Se adjunta informe de infecciones asociadas a procedimientos medicoquirurgicos consolidado 2025.
   - Se adjunta informe de infecciones asociadas a dispositivos adultos, pediatria y neonatos consolidado del 2025.

- Se anexa gráficos consumo de antibioticos hospitalización.
- Se anexa gráficos consumo de antibioticos UCI.
- Se anexa

Carlos Augusto Solórzano Ramos
Médico infectólogo contratista
Subdirección de Vigilancia en Salud Pública

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	6335181	csolorzanor@unal.edu.co	
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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 / 0
2026-01	2026-01	I	03/02/2026	46110635	TOTAL A PAGAR
					$1.361.200

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					
EPS046	SALUD MIA EPS	900914254-1	550.000	0		0		0	0	0	0	550.000	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	704.000	0	0	0	0	0	0		704.000	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										
14-23	Positiva Seguros	800011153-6	107.200				107.200	0	0	107.200			1.072	107.200	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	550.000	550.000
Pensión	1	704.000	704.000
Riesgos Laborales	1	107.200	107.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.361.200	1.361.200

PAGADA

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	6335181	csolorzanor@unal.edu.co	
FORMA PRESENTACIÓN	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)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2026-01	2026-01	I	03/02/2026	46110635	TOTAL A PAGAR	
					$1.361.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF		PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colilla	Indigo	Extranjero	Cotiz. estudiante	Exonerado	IGE	IRL	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	AVL	COMENTARIO	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cod. 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
1	CC	1024472196	SOLORZANO RAMOS CARLOS AUGUSTO	59	0			N																	230301	4.400.000	794.000	0	0	0	0	EPS046	4.400.000	550.000	14-23	4.400.000	3	197.200		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 141094048426

(415)7707212489984(8020) 000014109404842 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 2 4 4 7 2 1 9 6	8	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 2 4 4 7 2 1 9 6	
Lugar de expedición	**28. País**	**29. Departamento**	**30. Ciudad/Municipio**
COLOMBIA	1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1
31. Primer apellido	**32. Segundo apellido**	**33. Primer nombre**	**34. Otros nombres**
SOLORZANO	RAMOS	CARLOS	AUGUSTO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CL 213 114 10

42. Correo electrónico: catt21@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
1 1 1 0 0 0	3 1 3 3 1 0 0 9 9 3	3 1 3 3 2 3 8 4 7 7

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 2 1	2 0 1 6 0 2 0 1					2 2 2 1	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5 1 6 5 2

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

16- Obligación facturar por ingresos bienes

52 - Facturador electrónico

Usuarios aduaneros	Exportadores
54. Código (1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 / 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20)	55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3; 57. Modo; 58. CPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Bogotá, D.C., __4__ de _Marzo_ de 2026

Señores:
DIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
SECRETARIA DE SALUD

En mi calidad de CONTRATISTA me permito certificar lo siguiente:

Señale con una X y complete

- ○ Que mi patrimonio a **diciembre 31 de 2025** fue superior a 4.500 UVT es decir **$ 224.095.500** de conformidad con el artículo 593 del Estatuto Tributario y DEC. 2972 de 2013 SI __x__ NO ___
- ○ Que mis ingresos fiscales a **diciembre 31 de 2025** fueron superiores a 1.400 UVT es decir **$ 69.718.600** de conformidad con el artículo 593 del Estatuto Tributario y DEC. 2972 de 2013 SI _x___ NO _____
- ○ Que tengo pago de Intereses y corrección monetaria (vivienda y/o Leasing habitacional) $_____N/A_____ mensual
- ○ Deducciones por salud por contratos de **medicina prepagada** o seguros de salud para el trabajador, su cónyuge, sus hijos o dependientes $ _N/A_____

10% de los ingresos por concepto de dependientes:

- ○ Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad y dependan económicamente del contribuyente **VALOR PROMEDIO MENSUAL 2026**. $ __N/A___
- ○ Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural, se encuentre financiando su educación en instrucciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente, o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente (adjuntar certificado de educación con valor de matrícula **2026**). _N/A___
- ○ Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal. **VALOR PROMEDIO MENSUAL 2026**. $_____N/A_____
- ○ El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientos sesenta (260) UVT ($ 13.617.240), certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal VALOR **PROMEDIO MENSUAL 2026**. $_____N/A_____
- ○ Los padres y los hermanos de contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, ($13.617.240) certificada por Contador Público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal. **VALOR PROMEDIO MENSUAL 2026** $_____N/A_____

Relacione dependientes

Nombres y Apellidos Completos	**Parentesco**
_____**SIMÓN SOLÓRZANO**_____	____**HIJO**_____
_____**NOAH SOLÓRZANO**_____	_____**HIJO**_____

- ○ Deducción por aportes de salud (Plan Obligatorio) de acuerdo con la Ley $ _____550.000_____
- ○ Renta exenta por aportes obligatorios de pensiones de acuerdo con la Ley. $ ____704.000_____
- ○ Rentan exenta por aportes a AFC y/o FPV máximo el 30% del ingreso fiscal hasta 3.800 UVT $ _____N/A_____

SI _____ NO _X____ Hare uso de costos y deducciones asociados a los pagos por concepto de HONORARIOS.

Nota: Si su respuesta es SI, su factura o cuenta de cobro estará sujeta a la retención en la fuente del artículo 392 del Estatuto Tributario, a una tarifa del 11% o 10% por concepto de Honorarios o comisiones, o del 6% o 4% por concepto de servicios, y no podrán hacer uso de las deducciones y rentas exentas, mencionadas en los numerales anteriormente diligenciados en el presente documento, para disminuir la base sobre la cual se practica la retención en la fuente.

Señale con una X su condición de declarante

DECLARANTE DE RENTA SI __x NO _

Bajo gravedad de juramento manifiesto que todo lo señalo anteriormente es verdadero y para efecto firmo este documento conforme a los artículos 206, 383, 387, 387-1, 388, 392, y 401 del Estatuto Tributario y el Decreto 1625 de 2016 (Decreto Único Reglamentario en materia Tributaria).

FIRMA_____

NOMBRES Y APELLIDOS - CARLOS AUGUSTO SOLÓRZANO RAMOS

CEDULA 1024472196

Bogotá, D.C., 04 de Marzo del 2026

Señores:

SECRETARIA DE SALUD

GOBERNACION DE CUNDINAMARCA

E. S. M.

Asunto: Declaración Juramentada

Yo, CARLOS AUGUSTO SOLORZANO RAMOS _ con cédula de ciudadanía No. 1024472196 de BOGOTA, declaro bajo gravedad de juramento que:

- En mi calidad de contratista de la secretaria de Salud de Cundinamarca que **SI** ___X_ **NO** ____ tengo Contratos de Prestación de Servicios con otras entidades públicas o privadas.
- Igualmente declaro que pago los aportes Parafiscales correspondientes al valor total de todos los contratos vigentes a la fecha.

Lo anterior en respuesta a la circular interna No. 005 de fecha siete (7) de julio de 2016.

Cordialmente,

CARLOS SOLORZANO

C. C. No. 1024472196__ expedida en BOGOTA

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

CER_AFI_20260218418818

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

CARLOS AUGUSTO SOLORZANO RAMOS identificado con CC. 1024472196 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

Nombres y/o Razón	DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
Tipo y Numero de Documento	NI - 899999114

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL

Fecha de inicio de cobertura	2026/01/19	**Fecha inicio contrato**	2026/01/19
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	**Fecha de fin contrato**	2026/09/26
Riesgo	3	**Código actividad económica**	3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLINICAS, CON INTERNACION, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE
Estado afiliación	Activo		
Fecha retiro		**Estado del contrato**	Activo

Esta certificación se expide a los 4 días del mes de marzo del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC04032026C1024472196S12235258.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

Gobernación de Cundinamarca	GESTIÓN CONTRACTUAL Y COMPRA PÚBLICA	Código: E-GCCP-FR-001
		Versión: 06
	ACTA DE INICIO	Fecha aprobación: 25/06/2025

ACTA DE INICIO CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS N° SS-CD-PSP-0348-2026

INFORMACIÓN GENERAL	
FECHA DEL CONTRATO O CONVENIO 19 de Enero de 2026	TIPO DE CONTRATO O CONVENIO: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS
PLAZO DE EJECUCION: OCHO (8) MESES	VALOR DEL CONTRATO O CONVENIO $65.984.344
NUMERO DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL (CDP) Y FECHA 7100075937 del 7 de Enero de 2026	NUMERO DE REGISTRO PRESUPUESTAL (RP) Y FECHA: 4600035089 del 22 de Enero de 2026
FECHA DE INICIO DEL CONTRATO O CONVENIO 02 de Febrero de 2026	FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO O CONVENIO 01 de Octubre de 2026
ANTICIPO: PAGO ANTICIPADO:	VALOR DEL ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO N/A
NOMBRE DEL SUPERVISOR: FABIAN CAMILO SALGADO ESCOBAR **IDENTIFICACION:** 1.014.189.668 **CARGO:** SUBDIRECTOR TÉCNICO **ÁREA:** SUBDIRECCION DE VIGILANCIA DE SALUD PUBLICA	NOMBRE DEL INTERVENTOR N/A
CONTRATANTE: DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA – SECRETARIA DE SALUD – SUBDIRECCION DE VIGILANCIA DE SALUD PUBLICA	CONTRATISTA O PARTE DEL CONVENIO: CARLOS AUGUSTO SOLORZANO IDENTIFICACION: CC 1.024.472.196
OBJETO DEL CONTRATO O CONVENIO Prestar los servicios profesionales especializados, para la gestión y seguimiento de eventos de interés en salud pública de acuerdo con lo dispuesto en los Lineamientos nacionales.	

VERIFICACION CUMPLIMIENTO REQUISITOS DE EJECUCION		
Garantías	SI	NO: x
Aseguradora		
Número de la Garantía y fecha de Aprobación		
Discrimine amparos y porcentaje		
Fecha de cobertura a la ARL (cuando aplique)	19 Enero de 2026	

Para efectos legales, se firma en la ciudad de Bogotá el día dos (2) del mes de Febrero del año 2026

CARLOS AUGUSTO SOLORZANO
CONTRATISTA

FABIAN CAMILO SALGADO ESCOBAR
CARGO Subdirector de vigilancia de salud pública
SUPERVISOR

Gobernación de Cundinamarca

Departamento Cundinamarca
Secretaría de Hacienda
Registro Presupuestal de Compromiso

RPC No.	4600035089	**Página:**	1 de 1
Beneficiario:	1024472196 CARLOS AUGUSTO SOLORZANO RAMOS	**Fecha de Liberación:**	22.01.2026
		Usuario que Liberó:	CROMEROF
Contrato:	SS CD-PSP-0348-2026	**Fecha de Validez:**	31.12.2026

Descripción
PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS, PARA LA GESTIÓN Y SEGUIMIENTO DE EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DE ACUERDO CON LO DISPUESTO EN LOS LINEAMIENTOS N ACIONALES.

Item 1
Apropiación: 2320202008/1197.01/3-3700/6/105/CC/2024/004250072/1905050/S/: Servi de produccionServicios prestados a las empresas y servicios deproduccion/SUBCUENTA SALUD PUBL COLECTIVA / SGP salud pública/
Proyecto: 2024/004250072/1905050/S Servicio de asistencia técnica
Valor: $65.984.344
CDP Asociados:
7100075937 **Posicion 00000 - Clase Doc. R5 - Imputación Proy o stock proy -Cta: 5502160001**
Programación PAC
FEB: $3.024.282
MAR: $8.248.043
ABR: $8.248.043
MAY: $8.248.043
JUN: $8.248.043
JUL: $8.248.043
AGO: $8.248.043
SEP: $8.248.043
OCT: $5.223.761

Importe total: La suma de SESENTA Y CINCO MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y CUATRO PESOS
Vr.Total: $65.984.344 COP **Vr.Pagado: $ Vr.Ajustado: $**

Fecha de Pedido: 20.01.2026 **Usuario y Fecha de Impresión:** ACUITIVA-22.01.2026

Revisó (FP):
Nombre: ALVARO CUITIVA BARACALDO

Aprobó:
CAROLINA ROMERO FIGUEROA
Director de presupuesto