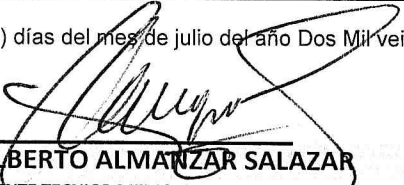
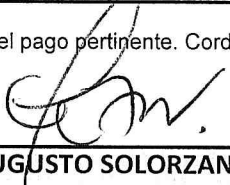


INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:			CARLOS AUGUSTO SOLORZANO RAMOS										
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E		NO.		1.024.472.196				
CORREO ELECTRONICO:			catt21@hotmail.com				CELULAR:		3133100993				
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:													
UBICACIÓN DEL 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:			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:			1470-2020				N° DE PAGOS DEL CONTRATO			6 DE 6			
NÚMERO DE CDP		574	FECHA	20/04/2020		NÚMERO DE CRP		22395	FECHA	30/04/2020			
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	7	2020			31	7	2020
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$19.890.108									
TIPO DE SERVICIOS		Asistencial		RESERVA DE GLOSA 2%									
OBSERVACIONES: Se cobran 252 horas a razón de \$78,929 Médico internista que atiende pasientes COVID-19													
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO													
CONCEPTO								VALORES					
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:								\$107.659.156					
VALOR EJECUTADO								\$105.133.428					
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA								\$19.890.108					
VALOR A LIBERAR								\$0					
SALDO POR EJECUTAR								\$2.525.728					
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN								98%					
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 \$2,194,508 , 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							
43753807	\$8.240.187,60	\$1.030.023	\$1.318.430	3	\$200.731	\$2.549.184							
Dado en Bogotá a los () días del mes de julio del año Dos Mil veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,													
 ANDRES ALBERTO ALMANZAR SALAZAR REFERENTE TECNICO MEDICINA INTERNA							 CARLOS AUGUSTO SOLORZANO RAMOS						



Ubicación del Servicio:	MEDICINA INTERNA	Sede:	USS KENNEDY						
No. DE CONTRATO:	1470-2020	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	CARLOS AUGUSTO SOLORZANO RAMOS	C. C.	1	7	2.020		31	7	2.020

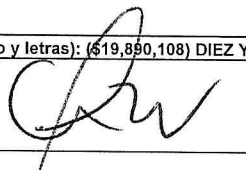
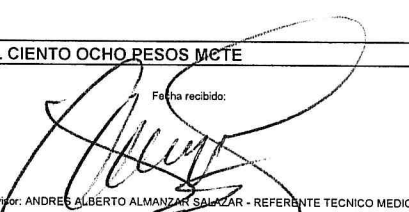
OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como MEDICO INTERNISTA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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): (\$19,890,108) DIEZ Y NUEVE MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA MIL CIENTO OCHO PESOS MCTE

	
CONTRATISTA :CARLOS AUGUSTO SOLORZANO RAMOS C.C. No.1024472196	Firma recibida supervisor: ANDRES 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.

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
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL		CÓDIGO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente				BOGOTÁ / D.C.	
					BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.
					EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	
					NO	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD		
				EMPLEADOS	UPC	
			NÚMERO PLANILLA	1	0	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES			TOTAL A PAGAR		
2020-06	2020-06	I	03/07/2020	43793807	\$2.632.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD			
Código EPS	Nombre	NIT	Colización Obligatoria
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	1.030.200

Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Colectación	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
	0		0	0	0	0	1.030.200	1

TOTALES PENSIÓN

TOTALES PENSION												
Código AFP	Nombre	NIT	Colización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Colización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Povernir	800224608-8	1,318.600	0	0	41.300	41.300	0	0	0	1,401.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	200.800				200.800	0	0	200.800			2.008	200.800	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, IRP y MORA	Total a Pagar
Salud	1	1.030.200	1.030.200
Pensión	1	1.401.200	1.401.200
Riesgos Laborales	1	200.800	200.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	2.632.200	2.632.200

DATOS DEL APORTANTE			
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN
CC	1024472196	CARLOS AUGUSTO SOLÓRZANO RAMOS	CALLE 47 A SUR NO 26 - 86
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO
ÚNICA	I - Independiente		
		DEPARTAMENTO	BOGOTÁ D. C.
		CIUDAD / MUNICIPIO	BOGOTÁ D. C.
		CORREO	CATT21@HOTMAIL.COM
		EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
					1
					TOTAL A PAGAR
					\$2.632.200

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN					SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Categoría	Subtipo	Ejemplar	Código	CONEXIÓN										Cód. AFP	Cotización	Voluntario o afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de subsistencia	Fondo pensional de solidaridad	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	Aporte otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
							IRL	VCT	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP																					AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP	AVP

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

CARLOS AUGUSTO SOLORZANO RAMOS
C.C No. 1024472196 de Bogotá

La suma de: Diez y nueve millones ochocientos noventa mil ciento ocho pesos (\$19.890.108) m/cte.

Por concepto de: Prestación de servicios como Médico Internista en el servicio de medicina interna unidad Kennedy, durante el periodo de 01 al 31 de julio de 2020, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No. 1470-2020



CARLOS AUGUSTO SOLORZANO RAMOS
C.C No. 1024472196 de Bogotá
CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA
NUMERO 176270080003