

						Versión 3			
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA						Fecha de aprobación 2/15/2018			
						Código: 04-02-FO-0002			
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA									
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				GUSTAVO ADOLFO CALA					
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	No.		9434259
CORREO ELECTRONICO:				tavokla@hotmail.com			CELULAR:		3115553398
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				QUIRURGICO PEDIATRÍA USS OCCIDENTE DE KENNEDY			SEDE:		SUBRED
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%			
	KE10C13	50	KE10A26	25	KE10I05	25			
ENTIDAD FINANCIERA:		BANCOLOMBIA S.A				TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				36355714556				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS									
NÚMERO DE CONTRATO		111				VIGENCIA		2026	
NÚMERO DE CDP	1146	FECHA	2026-05-14 15:16:14.000		NÚMERO DE CRP	19974	FECHA	2026-05-28 00:00:00.000	
OBJETO DEL CONTRATO:									
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE		FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL	
					2026-06-01			2026-06-30	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:					\$31,621,920				
TIPO DE SERVICIOS		Asistencial		RESERVA DE GLOSA 0%			N/A		
OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.									
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO									
CONCEPTO						VALORES			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:						\$194,043,600			
VALOR EJECUTADO						\$159,546,960			
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$31,621,920			
VALOR A LIBERAR						\$0			
SALDO POR EJECUTAR						\$34,496,640			
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						82%			
El intervisor 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 \$2.194,507 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% IBC		NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES	
9505374965	\$12,648,768	\$1,581,096		\$2,023,803		3	\$308,124	\$3,913,023	
Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Junio de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.									
ALVARO ANDRES GONZALEZ ALFEREZ 1122647008 Supervisor									
Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.									
Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.. Copyright © 2021									

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
1) Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad.	Realizó las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad.	Realiza las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad.
2) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	Cumplió con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	"Informacion registrada en historia clinica de los pacientes atendidos, bajo criterios de integridad y reserva legal.. "
3) Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación	Llevó registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantuvo actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación	Informacion registrada en historia clinica de los pacientes atendidos, las interconsultas resueltas y las cirugias o procedimientos realizados, anotando en la descripción quirúrgica todos los códigos pertinentes.
4) Participar en la programación de actividades del área.	Participó en la programación de actividades del área.	Cronograma de actividades o actas de planeación de servicios.
5) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	Reportó los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	Fichas de notificación (SIVIGILA) o reportes en el aplicativo de calidad.
6) Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	Notificó las fallas de calidad que se presentaron en el servicio, participó en los análisis a los que fue convocado e implementó las acciones de mejora definidas para el servicio.	Registro de notificaciones en el sistema interno, formatos administrativos y asistenciales debidamente diligenciados en las juntas y reuniones.
7) Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.	Impartió instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.	Órdenes médicas en el sistema y notas de recomendaciones en la historia clínica.
8) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	Diligenció en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	Registro en la historia clínica de las respuestas a interconsulta, evoluciones y descripciones quirúrgicas de manera legible, oportuna e integral.
9) Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento.	Diligenció el consentimiento informado acorde al procedimiento.	Consentimiento informado diligenciado y registrado en la historia clínica, firmado por el acudiente, en custodia de la institución.
10) Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	Practicó el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	Registros de control, revaloraciones y notas de seguimiento en historia clínica.
11) Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	Informó al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	Constancia de información al paciente/familia registrada en la evolución clínica y los consentimientos.
12) Emitir conceptos médicos que se le requieran.	Emitió conceptos médicos que se le requieran.	Conceptos técnicos o médicos emitidos por escrito o en la historia clínica.
13) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	Apoyó el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	Historia clínica que demuestra aplicación de manuales y procedimientos de la institución según requerimientos de la Subred.
14) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato.	Elaboró informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato.	Informe de actividades mensual radicado ante el supervisor del contrato.
15) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	Respondió por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	Actas de entrega de elementos según el inventario de bienes a cargo.
16) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Participó en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales fue convocado.	Listados de asistencia y actas de reuniones o capacitaciones.
17) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	Conoció y dió cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	Historia clínica que demuestra la práctica asistencial acorde a los procedimientos establecidos por la Subred.
18) Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales.	Apoyó a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales.	Informacion registrada en el aplicativo correspondiente según la actividad asignada.

19) Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	Registró las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	Información registrada en historia clínica de los pacientes atendidos, las interconsultas resueltas y las cirugías o procedimientos realizados.
20) Participación en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios.	Participó en las investigaciones que se adelantan en la Subred que permiten conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios.	Reportes de avances de investigación en los que sea convocado.
21) Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado	Realizó supervisión de los contratos para los que fue designado	Informes de supervisión o actas de verificación de cumplimiento según aplique.
22) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	Entregó la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	Se adjunta la copia del pago al sistema de seguridad social en salud y los certificados correspondientes.
23) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	Realizó las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	Información registrada en el aplicativo correspondiente según la actividad asignada.

ALVARO ANDRES GONZALEZ ALFEREZ
1122647008
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
570697a7980b732dcf8306bf73b3ab5ecd23edc89325ecfa46eebd28bc92f05ae53a0cc12a669826fa520c240eb9aa11

Número de Factura: GACL-192

Fecha de Emisión: 10/07/2026

Fecha de Vencimiento: 10/07/2026

Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado

Medio de Pago: Transferencia Débito

Orden de pedido:

Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: CALA GUSTAVO ADOLFO|13

Nombre Comercial: CALA GUSTAVO ADOLFO

Nit del Emisor: 9434259

Tipo de Contribuyente: Persona Natural

Régimen Fiscal:O-47

Responsabilidad tributaria: ZZ -

Actividad Económica: 8621

País: Colombia

Departamento: Bogotá

Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.

Dirección: CR 77 239 45 CA 24 CON DURAZNILLO HC SAN SIMON

Teléfono / Móvil: 3115553398

Correo: tavokla@hotmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: RED SUR / SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

Tipo de Documento: NIT

Número Documento: 9009585649

Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica

Régimen fiscal: R-99-PN

Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

País: Colombia

Departamento: Bogotá

Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.

Dirección: CR 20 47B 35 SUR

Teléfono / Móvil: 7428585

Correo: cps.facturacionelectronica@subredsur.gov.co

Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1	85121609	HONORARIOS MEISSEN	NIU	180,00	\$ 115.891,00	\$ 0,00	\$ 0,00					\$ 20.860.380,00

Notas Finales

Linea de negocio:
9434259_01_PRI_CON_9
TpoDocRef:|SerieRef:|NumeroRef:|CodRef:|RazonRef:

Datos Totales



Documento generado el:
10/07/2026 19:29:20
Documento validado por la
DIAN:
10/07/2026 19:29:20
XML Generado por: Solución
Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por:
Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0.0

Subtotal	20860380
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	20860380
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	0
Total neto factura (=)	20860380
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 20860380

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	20.860.380,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	20.860.380,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	20.860.380,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 20.860.380,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764103193587 Rango desde: 167 Rango hasta: 1000 Vigencia: 2027-12-16

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 9434259		CALA GUSTAVO ADOLFO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 77 #239-45 casa 24 duraznillo	BOGOTA-BOGOTA D.E.	9078825	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-06	2026-06	470949700	9507008962	I	2026/07/15	2026/07/14	BANCOLOMBIA	0	\$4,471,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$14,000,000	\$2,380,000			\$14,000,000	\$1,750,000			\$0	\$0			\$14,000,000	\$341,100			\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$14,000,000	\$2,380,000			\$14,000,000	\$1,750,000			\$0	\$0			\$14,000,000	\$341,100			\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$14,000,000	\$2,380,000			\$14,000,000	\$1,750,000			\$0	\$0			\$14,000,000	\$341,100			\$0	\$0
1	CC 9434259	CALA GUSTAVO ADOLFO	25-14	30	\$14,000,000	\$2,380,000	EPS001	30	\$14,000,000	\$1,750,000		0	\$0	\$0	14-11	30	\$14,000,000	\$341,100	0		\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$14,000,000	\$2,380,000			\$14,000,000	\$1,750,000			\$0	\$0			\$14,000,000	\$341,100			\$0	\$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$2,380,000	\$0	\$0	\$2,380,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$2,380,000	\$0	\$0	\$2,380,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$341,100	\$0	\$0	\$341,100
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$341,100	\$0	\$0	\$341,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$1,750,000	\$0	\$0	\$1,750,000
ALIANSAUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	\$1,750,000	\$0	\$0	\$1,750,000
TOTAL				1	\$4,471,100	\$0	\$0	\$4,471,100



Comprobante en línea

Pago PSE

10 Jul 2026 18:41

Comercio
APORTES EN LINEA

Referencia 1
186.31.220.160

Fecha
10 Jul 2026 18:41

Referencia 2
CC

Número de factura
9507008962

Referencia 3
9434259

Descripción del pago
**Pago de la Planilla de aportes con
clave 9507008962**

Valor del Pago
\$4.471.100

Número de comprobante
TR260710184106S6wXBr

Costo de la transacción
\$ 0

Producto origen
**Cuenta de ahorros
**** 4556**



Pagos aportes en línea

Módulo de pagos electrónicos

Pago electrónico

CALA GUSTAVO ADOLFO
CC 9434259
PERFIL: NOMINA/TESORERIA

El pago electrónico de su autoliquidación se ha realizado exitosamente

Resumen del pago electrónico



Dirección IP: 186.31.220.160
Estado de la transacción: APROBADA
Clave planilla: 9507008962
Valor: 4,471,100
Período de pago: 2026-06
No Transacción (CUS): 470949700
Fecha: 2026/07/14
Banco: BANCOLOMBIA
Descripción : Pago de la planilla de aportes con clave: 9507008962
Aportes en línea: 9999001472382

[Aceptar](#)[Imprimir](#)

Recuerda los canales de atención que tiene Aportes en Línea para brindarte soporte

- Si usted es un cliente empresarial comuníquese con nuestras líneas de servicio telefónico en Bogotá 601 746 0888, Medellín 604 604 3010, Cali 602 485 2050, Barranquilla 605 385 8090, Cartagena: 605 693 4080 y en el resto del país 01 8000 510245.
- Si usted es independiente o empleador doméstico comuníquese con nuestras líneas de servicio telefónico en Bogotá 601 742 3900, Medellín 604 604 1060, Cali 602 485 3939, Barranquilla 605 385 2080, Cartagena 605 693 1515, Bucaramanga 607 697 0909, Ibagué 608 277 1100, Nacional 01 8000 524448
- Nuestro horario de atención con asesores telefónicos es de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 6:00 p.m. y los sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m.



Ayuda

Políticas

[Centro de ayuda](#)[Políticas de cookies](#)[Preguntas frecuentes](#)[Protección de datos](#)[Registre solicitudes](#)[Código del buen gobierno](#)[Consulte el estado de sus solicitudes](#)[Términos y condiciones](#)

