


**DATOS DEL CONTRATISTA**

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)

<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>	ANIBAL CORTES BRAVO		<b>CC:</b>	1105683452	
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	ANIBALCORTESBRAVO@GMAIL.COM		<b>TELÉFONO:</b>	3229465152	
<b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>	KR 72 BIS N° 152B - 25		<b>CIUDAD:</b>	BOGOTA	
<b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b>	BANCOLOMBIA	<b>TIPO DE CUENTA:</b>	AHORROS	<b>N° CUENTA:</b>	41148771454

**DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO**

<b>N° DEL CONTRATO:</b>	PS 1571 2025	<b>VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO</b>	\$ 9.759.456
<b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>	2025/01/01	<b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>	2026/01/31
<b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>	DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31		

  
ANIBAL CORTES BRAVO  
PS\_1571\_2025\_03F2AB

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**

ANIBAL CORTES BRAVO

CC: 1105683452

CEL: 3229465152

**CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y**

**ANIBAL CORTES BRAVO**

**CON C.C N°**

**1.105.683.452**

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO INTENSIVISTA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
-----------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 1571 2025</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/01/01</b>
--------------------------------------------------------------	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 53.677.008	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>96</b>
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	-----------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 139.580.553	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 9.759.456
-----------------------------------------------------	----------------	--------------------------------------------------	--------------

<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	TRECE (13) MESES
------------------------------------------------	------------------

<b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	HOSPITAL SANTA CLARA
------------------------------------------------------	----------------------

<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	DIANA CARMIÑA LUNA BOTIA
-------------------------------	--------------------------

<b>ITEM</b>	<b>II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO</b> (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)
-------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1. Realizo valoración de pacientes del servicio de cuidado critico durante cada uno de los turnos asignados en el cual se realiza la evolución, ajustes en el manejo y definición de conductas de acuerdo con la experticia clínica y las guías y protocolos institucionales de manera oportuna y pertinente orientadas al mejoramiento de la salud del paciente. Registro en los diferentes formatos de historia clínica de dinámica gerencial.
2. Brindo una atención en salud oportuna, integra, suficiente y pertinente Realizo la evolución escrita de los pacientes valorados, así como el seguimiento e interpretación de laboratorios y otros medios diagnósticos en un ambiente de atención humanizada de acuerdo a los estándares de habilitación y acreditación. Registro en los diferentes formatos de historia clínica de dinámica gerencial.
3. Presto servicios asistenciales respetando la autonomía institucional de la SUBRED, su visión, misión, estructura orgánica, reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios.
4. Realizo las actividades asistenciales según las necesidades de la SUBRED dando cobertura en las unidades donde sea requerido de acuerdo con la programación de actividades.
5. Informo al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, conocer el grado de satisfacción sobre los servicios prestados y resuelvo inquietudes relacionadas con el proceso de atención, todo de acuerdo al protocolo institucional de entrega de información.
6. Durante el proceso de atención se respetaron los derechos del paciente, y se aplicó lo dispuesto en la Ley de ética médica, atendiendo a las demás disposiciones legales aplicables a la práctica profesional.
7. Se instruye a la comunidad al momento de dar información médica, así como al alta hospitalaria con la activación de las RIAS Registro en historia clínica electrónica en el sistema de información Dinámica Gerencial Hospitalaria, firmadas electrónicamente con mis credenciales (usuario y contraseña) en los formatos definidos de cuidado crítico y nota hospitalaria.
8. Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente con el diligenciamiento de fichas de notificación a SIVIGILA.
9. Emito conceptos médicos que se requieran, de conformidad a mi especialidad.
10. Realizo resúmenes de historia clínica, epicrisis y otros documentos asistenciales o administrativos que me sean solicitados.
11. Además, diligencio el formato de entrega de turno institucional.
12. Tengo disposición de participar en la programación de actividades del servicio y todo lo requerido. Se registra en dinámica gerencial.
13. En los casos que aplique doy respuesta a requerimientos urgentes.
14. Los registros clínicos se hicieron completos y oportunos, con una correcta redacción y digitación en la historia clínica electrónica del paciente, respaldando lo actuado con la firma electrónica. resguardada con mi usuario personal e intransferible y la respectiva contraseña.
15. Los formatos manuales se cumplimentaron en todos sus campos garantizando legibilidad y responsabilizándome de lo registrado con firma, nombre y número de documento.
16. Los equipos, elementos e instalaciones puestos a disposición para el desarrollo de mis actividades fueron usados racionalmente, no se presentaron daños ocasionados en cumplimiento o con ocasión de la prestación de mis servicios a la Subred.
17. Participo de forma activa en las actividades del servicio y jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales soy convocado programadas por el referente del servicio y la SUBRED, así como en actividades académicas del servicio y las convocadas desde gestión del conocimiento como se evidencia en las listas de asistencia y actas de reuniones.
18. Participo en la elaboración, actualización, implementación y adherencia de guías, manuales, procedimientos y protocolos que aplican al servicio.
19. Se presta el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales evitando así que se genere Glosa Definitiva o procesos de Conciliación por parte de EPS-S-EAPB cuando esta actividad es requerida por el líder del servicio. Registros de notas aclaratorias en dinámica gerencial.

Respuesta a correos.  
 20. Notifico los sucesos de seguridad que se presentaron durante el proceso de atención, participé en los análisis a los que soy convocado e implemento las acciones de mejora definidas para el servicio. Aplicativo Almera.  
 21. Se diligencia y reporta oportunamente los certificados de estadísticas vitales de acuerdo a la normatividad vigente.  
 22. Informo oportunamente al supervisor del contrato sobre las novedades presentadas durante el cumplimiento de mis obligaciones.  
 23. Cumpló oportunamente con las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Calidad.

**III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS**

**SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.**

ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?	X	
2	¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?	X	
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	X	
4	¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002?	X	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	X	

Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la **clausula "Forma de Pago, CERTIFICO** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2026-01-01) AL (2026-01-31)

**IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

No. DE PLANILLA:	N° 9497657078	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/01/07	\$ 1.850.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/01/07	\$ 2.516.000
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/01/07	\$ 360.600
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 4.726.600</b>

**V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA**

- 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.
- 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV ( de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut)
- 3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .
- 4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

**VII. ANEXOS**

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA**



ANIBAL CORTES BRAVO

PS\_1571\_2025\_03F2AB

**ANIBAL CORTES BRAVO**

**CC: 1105683452**

**FIRMA DE QUIEN VALIDA**



DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS

PS\_1571\_2025\_03F2AB

**DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS**

**SUPERVISOR ALTERNO**



*DIANA CARMIÑA LUNA BOTIA*

*PS\_1571\_2025\_03F2AB*

---

**DIANA CARMIÑA LUNA BOTIA**  
**SUPERVISOR DEL CONTRATO**

**FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS  
OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO**

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1105683452		CORTES BRAVO ANIBAL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Kra 72 Bis 152 b - 25	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2756231	No

**DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION**

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-12	2025-12	2066789326	9497657078	I	2026/01/15	2026/01/07	BANCOLOMBIA	0	\$4,726,600

**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	
1	CC 1105683452	CORTES ANIBAL	25-14	30	\$14,799,976	\$2,516,000	EPS005	30	\$14,799,976	\$1,850,000	0		\$0	\$0	14-7	30	\$14,799,976	\$360,600	0		\$0	\$0
<b>Total</b>	<b>Afiliados( 1)</b>				\$14,799,976	\$2,516,000			\$14,799,976	\$1,850,000			\$0	\$0			\$14,799,976	\$360,600			\$0	\$0

**RESUMEN DE PAGO**

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$2,516,000	\$0	\$0	\$2,516,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$2,516,000	\$0	\$0	\$2,516,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$360,600	\$0	\$0	\$360,600
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	\$360,600	\$0	\$0	\$360,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$1,850,000	\$0	\$0	\$1,850,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$1,850,000	\$0	\$0	\$1,850,000
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$4,726,600</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$4,726,600</b>

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

- 1 Información general
- 2 Condiciones
- 3 Bienes y servicios
- 4 Documentos del Proveedor
- 5 Documentos del contrato
- 6 Información presupuestal
- 7 Ejecución del Contrato**
- 8 Modificaciones del Contrato
- 9 Incumplimientos

### Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

#### VER CONTRATO

#### Ejecución del Contrato

Porcentaje  Recepción de artículos

#### Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de  
códigos de autorización?  Sí  No

**Id de pago    Número de factura    Fecha de emisión    Fecha de recepción    Valor total de la factura    Estado**

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

#### Documentos de ejecución del contrato

### Datos guardados

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/> 1. PS 1571 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	1. PS 1571 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> 2. PS 1571 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	2. PS 1571 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> 3. PS 1571 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	3. PS 1571 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> 4. PS 1571 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	4. PS 1571 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> 5. PS 1571 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	5. PS 1571 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> 6. PS 1571 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	6. PS 1571 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> 1 PS 1571 2025 CRP-6218.pdf	1 PS 1571 2025 CRP-6218.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> 2 PS 1571 2025 CRP-15180.pdf	2 PS 1571 2025 CRP-15180.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> 7. PS 1571 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	7. PS 1571 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> 3 PS 1571 2025 CRP-18821.pdf	3 PS 1571 2025 CRP-18821.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> 8. PS 1571 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO.pdf	8. PS 1571 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> 9. PS 1571 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	9. PS 1571 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> 10. PS 1571 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	10. PS 1571 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> 11. PS 1571 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	11. PS 1571 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> 12. PS 1571 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	12. PS 1571 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

## Representación Gráfica

## Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :

2ab5a21b580efdc5d886dc1d71f9e3c1dcfdc1cc98bee613ce355a84bb8b7eefdf3de04f08a5728ad75aea332d5c884

Número de Factura: FE-118

Forma de pago: Contado

Fecha de Emisión: 07/01/2026

Medio de Pago: Transferecia Crédito

Fecha de Vencimiento: 07/01/2026

Orden de pedido:

Tipo de Operación: 10 - Estándar

Fecha de orden de pedido:

## Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: CORTES BRAVO ANIBAL

Nombre Comercial: CORTES BRAVO ANIBAL

Nit del Emisor: 1105683452

País: Colombia

Tipo de Contribuyente: Persona Natural

Departamento: Bogotá

Régimen Fiscal: O-47; R-99-PN

Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.

Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

Dirección: CR 72 BIS 152 B 25 TO 5 AP 304 CON OLMO VERMONTE

Actividad Económica: 8621

Teléfono / Móvil: 3229465152

Correo: anibalcortesbravo@gmail.com

## Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Tipo de Documento: NIT

País: Colombia

Número Documento: 900959051

Departamento: Bogotá

Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica

Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.

Régimen fiscal: O-23

Dirección: DIAGONAL 34 3 14

Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

Teléfono / Móvil: 3444484

Correo:

radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.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	HONORARIOS POR PRESTACION DE SERVICIOS EN CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	HONORARIOS MEDICOS	HUR	96,00	\$ 101.661,00	\$ 0,00	\$ 0,00					\$ 9.759.456,00

## Notas Finales

PRESTAR SERVICIOS DE ACUERDO A SU PERFIL ACADÉMICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES (EN SU PROFESIÓN) CON DISPONIBILIDAD Y CUMPLIMIENTO A LA MISION Y VISION DE LA SUB RED INTEGRADA DE SEVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. ENERO 2026. PERTENEZCO AL REGIM EN SIMPLE DE TRIBUTACION RST ESTOY EXONERDO DE IMPUESTOS (RETENCION FUENTE Y RETE ICA) DE ACUERDO AL ARTICULO 911 DEL ESTATUTO TRIBUTARIO.

Línea de negocio:

## Datos Totales



**Documento generado el:**  
 07/01/2026 15:34:41  
**Documento validado por la DIAN:**  
 07/01/2026 15:34:41  
**XML Generado por: Solución Gratuita DIAN**  
 800197268  
**PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN**  
**Nit:800197268**

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

<b>Subtotal</b>	9759456
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
<b>Total Bruto Factura</b>	9759456
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
<b>Total impuesto (=)</b>	0
<b>Total neto factura (=)</b>	9759456
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
<b>Total factura (=)</b>	<b>COP \$ \$ 9759456</b>

### Valores informativos

<b>ANTICIPOS</b>	
Anticipos	0

<b>RETENCIONES</b>	
Rete fuente	1073540.16
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

<b>Subtotal</b>	9.759.456,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
<b>Total Bruto Factura</b>	9.759.456,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
<b>Total impuesto (=)</b>	0,00
<b>Total neto factura (=)</b>	9.759.456,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
<b>Total factura (=)</b>	<b>COP \$ \$ 9.759.456,00</b>

### Valores informativos

<b>ANTICIPOS</b>	
Anticipos	0,00

<b>RETENCIONES</b>	
Rete fuente	1.073.540,16
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764095947512 Rango desde: 105 Rango hasta: 1000 Vigencia: 2026-01-22