

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	ARIANA CAROLINA MARIANI CARRILLO			CC:	700312053
CORREO ELECTRÓNICO:	MARIANIARIANA4@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3113063162
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Carrera 54 A#127 A-85			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:		TIPO DE CUENTA:	CORRIENTE	N° CUENTA:	
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 5127 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 22.080.000	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/03/26	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/11/30	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30				



ARIANA CAROLINA MARIANI CARRILLO
PS_5127_2025_E88844

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ARIANA CAROLINA MARIANI CARRILLO
CC: 700312053
CEL: 3113063162

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
 ARIANA CAROLINA MARIANI CARRILLO

CON C.C N° 700.312.053

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO MEDICO ANESTESIOLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
----------------------	---

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5127 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/03/26
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 15.732.000	No. HORAS EJECUTADAS	192
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 149.615.000	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 22.080.000
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES		

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL LA VICTORIA
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SAUL ARDILA DURAN

ITEM	II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)
1	Como profesional en anestesia, realizó actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos dentro del plan de manejo de mi especialidad, incluyendo valoración prequirúrgica, selección del tipo de anestesia según el estado del paciente y el procedimiento, verificación de la lista de seguridad quirúrgica, monitoreo intraoperatorio bajo estándares nacionales e internacionales, y seguimiento postoperatorio hasta el egreso del paciente, garantizando un actuar ético, científico y humanizado. Brindó atención oportuna, pertinente e integral, en un entorno personalizado y con enfoque en calidad, equidad y seguridad del paciente. Cumpló con el diligenciamiento de registros clínicos, record de anestesia y respeto por los derechos del paciente y las normas éticas y legales vigentes. Participo en actividades de prevención, mejora continua, supervisión y apoyo a procesos administrativos y técnicos, incluyendo notificación de eventos, manejo adecuado de recursos, seguimiento clínico y colaboración en estudios o investigaciones relacionados con mi especialidad. Además, mantengo actualizados los requisitos normativos como RETHUS, MIPRES y RUAF, y participó activamente en las actividades institucionales programadas.

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 (2025-11-01) AL (2025-11-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 4630276930	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/11/12	\$ 1.104.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/11/12	\$ 1.501.600
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/11/12	\$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 2.605.600

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 ningun 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 periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA



ARIANA CAROLINA MARIANI CARRILLO

PS_5127_2025_E88844

ARIANA CAROLINA MARIANI CARRILLO

CC: 700312053

FIRMA DE QUIEN VALIDA



DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS

PS_5127_2025_E88844

DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS

SUPERVISOR ALTERNO

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



SAUL ARDILA DURAN

PS_5127_2025_E88844

SAUL ARDILA DURAN

SUPERVISOR DEL CONTRATO

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE										DATOS GENERALES DE LA PLANILLA									
TIPO IDENTIFICACIÓN:					CÉDULA DE EXTRANJERÍA					NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:					5399469				
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:					CUCUTA					DEPARTAMENTO:					ARIANA CAROLINA MARIANI CARRILLO				
CIUDAD/MUNICIPIO:					CUCUTA					TELÉFONO:					NORTE DE SANTANDER				
DIRECCIÓN:					02-INDEPENDIENTE					CLASE APORTANTE:					I-INDEPENDIENTE				
TIPO APORTANTE:					PRIVADA					ACTIVIDAD ECONOMICA:					Comercio al por mayor de computadores, equipo per				
TIPO EMPRESA:					ÚNICO														
FORMA DE PRESENTACIÓN:																			
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):										NO									

NÚMERO PLANILLA:										4630276930									
PERIODO COTIZACIÓN OTROS					MES					octubre AÑO					2025				
DÍAS DE MORA:					0					PERIODO COTIZACIÓN SALUD:					MES				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):					2025/11/12					NÚMERO AUTORIZACIÓN:					9994684936				

TIPO DE PLANILLA:

I-INDEPENDIENTES

TOTAL APORTES A PENSIÓN												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	\$ 1.413.200	\$ 0	\$ 0	\$ 44.200	\$ 44.200	\$ 0	\$ 0	\$ 1.501.600	\$ 0	\$ 1.501.600
SUBTOTALES:										\$ 1.501.600	\$ 0	\$ 1.501.600

TOTAL APORTES A SALUD																		
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES					
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO		
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 1.104.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 1.104.000	\$ 0	\$ 0	\$ 1.104.000		
SUBTOTALES:													\$ 1.104.000	\$ 0	\$ 0	\$ 1.104.000		

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 384.200	\$ 384.200	\$ 0	\$ 0	\$ 384.200
SUBTOTALES:									\$ 384.200	\$ 0	\$ 0	\$ 384.200

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																						
DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES													SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES														
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN						SALUD						ARP			DÍAS COT	IBC	CCF					IBCF	ESAP	MINEDU				
																										ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES			TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO				TOTAL APORTE	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CE 5399469	MARIANI CARRILLO ARIANA CAROLINA	INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES		\$ 8.832.000			NO																		230301-PORVENIR	30	8.832.000	\$ 1.413.200	\$ 44.200	\$ 44.200	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 1.501.600	EPS005-SANITAS S.A.	30	8.832.000	\$ 1.104.000	\$ 0	\$ 1.104.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	8.832.000	\$ 5399469	\$ 384.200		\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL PAGADO: \$ 2.989.800

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					

Documentos de ejecución del contrato

Descripción		Nombre del archivo	Cargado por		
☐	4. PS 5127 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	4. PS 5127 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	PS 5127 2025 - CRP.pdf (Archivado)	PS 5127 2025 - CRP.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	PS 5127 2025 - CRP (2).pdf (Archivado)	PS 5127 2025 - CRP (2).pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	5. PS 5127 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	5. PS 5127 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	6. PS 5127 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	6. PS 5127 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	7. PS 5127 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	7. PS 5127 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	8. PS 5127 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	8. PS 5127 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1 PS 5127 2025 CRP-12887.pdf	1 PS 5127 2025 CRP-12887.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2 PS 5127 2025 CRP-15303.pdf	2 PS 5127 2025 CRP-15303.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	3 PS 5127 2025 CRP-19106.pdf	3 PS 5127 2025 CRP-19106.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	9. PS 5127 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	9. PS 5127 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	10. PS 5127 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	10. PS 5127 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar n

Espacio para
Logo Corporativo

ARIANA CAROLINA MARIANI
CARRILLO
NIT 700.312.055-3
CR 54 A 127 A 85 CONJ NIZA REAL CA N
15
Tel: (601) 3113063162
Bogotá - Colombia
marianiariana4@gmail.com



Factura electrónica de venta
No. APMC 1017

Señores	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		
NIT	900.959.051-7	Teléfono	(601) 3444484 - Ext. 000
Dirección	DG 34 5 43	Ciudad	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	17/11/2025, 11:30
Expedición	17/11/2025, 11:31
Vencimiento	17/11/2025

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	SERVICIO PRESTADO COMO ANESTESIOLOGA NOVIEMBRE 1 A NOVIEMBRE 30 DE 2025 192 HORAS	192.00	22,080,000.00

Total items: 1

Valor en Letras:

Veintidos millones ochenta mil pesos m/cte

Forma de pago:

Contado

Medio de pago:

Efectivo - Efectivo \$ 22,080,000.00

Observaciones:

CONSIGNAR AL No. 64100000847 CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA REGIMEN SIMPLE TRIBUTARIO,
FAVOR NO APLICAR RETENCIÓN NI RETENCION ICA

Total Bruto	22,080,000.00
Total a Pagar	22,080,000.00

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica [18764091970481](#) aprobado en 20250414 prefijo APMC desde el número 1000 al 1050 Vigencia: 24 Meses**

- Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa 0.966

CUFE: 0fee95f046bd4760fc018fb0645814d9af39d3edf4a2d9e118c77713a4976195898f1eceda4c7c8e9c6f62527c95b33b