

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
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados				

Documentos de ejecución del contrato

Descripción		Nombre del archivo
☐	4. PS 5127 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	4. PS 5127 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf
	PS 5127 2025 - CRP.pdf (Archivado)	PS 5127 2025 - CRP.pdf
	PS 5127 2025 - CRP (2).pdf (Archivado)	PS 5127 2025 - CRP (2).pdf
☐	5. PS 5127 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	5. PS 5127 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf
☐	6. PS 5127 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025..pdf	6. PS 5127 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025..pdf
☐	7. PS 5127 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	7. PS 5127 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf
☐	8. PS 5127 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	8. PS 5127 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf
☐	1 PS 5127 2025 CRP-12887.pdf	1 PS 5127 2025 CRP-12887.pdf
☐	2 PS 5127 2025 CRP-15303.pdf	2 PS 5127 2025 CRP-15303.pdf
☐	3 PS 5127 2025 CRP-19106.pdf	3 PS 5127 2025 CRP-19106.pdf
☐	9. PS 5127 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	9. PS 5127 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf
☐	10. PS 5127 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	10. PS 5127 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf
☐	11. PS 5127 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	11. PS 5127 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CE 5399469



DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	ARIANA CAROLINA MARIANI CARRILLO		
Tipo Identificación	CÉDULA DE EXTRANJERÍA	Número de Identificación	5399469
Ciudad/Municipio	CUCUTA	Departamento	NORTE DE SANTANDER
Dirección	CUCUTA	Teléfono	9999999
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por mayor de
Tipo Aportante	02-INDEPENDIENTE	Clase Aportante	I-INDEPENDIENTE
Forma Presentación	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	4635151591	Tipo de Planilla	I-INDEPENDIENTES
Periodo Cotización Otros	noviembre / 2025	Periodo Cotización Salud	noviembre / 2025
Días de Mora	0	Fecha Pago	2025/12/16
Número Autorización	9995157786		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	ARIANA CAROLINA	Apellidos	MARIANI CARRILLO
Tipo de Identificación	CE	Número de Identificación	5399469
Tipo cotizante	INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			NO
Departamento	NORTE DE SANTANDER	Municipio	CUCUTA
Salario Básico	\$ 8.832.000	Tipo de Salario	

NOVEDADES															
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	IRP
							01-30								

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL			
PENSIÓN		Administradora	230301-PORVENIR
Días	30	IBC	\$ 8.832.000
Tarifa	16,000 %	Cotización Obligatoria	\$ 1.413.200
FSP - Solidaridad	\$ 44.200	FSP - Subsistencia	\$ 44.200
Aportes Voluntarios Empleador	\$ 0	Aportes Voluntarios Cotizante	\$ 0
Indicador tarifa especial	Normal	Total Aporte	\$ 1.501.600

SALUD		Administradora	EPS005-SANITAS S.A.
Días	30	IBC	\$ 8.832.000
Tarifa	12,500 %	Cotización Obligatoria	\$ 1.104.000
Nro Incapacidad por Enf. General		Valor	\$ 0
Nro Licencia de Maternidad		Valor	\$ 0
Valor ADRES	\$ 0	Total Aporte	\$ 1.104.000

RIESGOS PROFESIONALES		Administradora	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE
Días	30	IBC	\$ 8.832.000
Clase de Riesgo	IV	Tarifa	4,350 %
Centro de Trabajo	5399469	Total Aporte	\$ 384.200

TOTAL PAGADO:	\$ 2.989.800
----------------------	---------------------

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 1021

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

Fecha y hora Factura	
Generación	16/12/2025, 16:07
Expedición	16/12/2025, 16:07
Vencimiento	16/12/2025

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	SERVICIO PRESTADO COMO ANESTESIOLOGA DICIEMBRE 1 A DICIEMBRE 31 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:

Crédito

Medio de pago:

Otro - Crédito - Cuota No. 001 vence el 2025-12-16 por \$ 22,080,000.00

Observaciones:

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

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

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: acf849238825ead66134fe42a726598f1eb12ae2d23ce0285f7c065e8194c01d36c17ff5da7482ec16a5ae0c33beba14

Fabricante Software y Proveedor tecnológicos: Silgo SAC - Nit 030.040.145-0. Nombre Software: Silgo Nube. Firma electrónica: ver en el XML

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)					
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:		2026/01/15	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31				
 ARIANA CAROLINA MARIANI CARRILLO PS_5127_2025_72644C 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:	\$ 212.405.000	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 22.080.000
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES Y VEINTE (20) DÍAS		

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 (2025-12-01) AL (2025-12-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 4635151591	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/12/16	\$ 1.104.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/12/16	\$ 1.501.600
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/12/16	\$ 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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación 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



ARIANA CAROLINA MARIANI CARRILLO

PS_5127_2025_72644C

ARIANA CAROLINA MARIANI CARRILLO

CC: 700312053

FIRMA DE QUIEN VALIDA



DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS

PS_5127_2025_72644C

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_72644C

SAUL ARDILA DURAN

SUPERVISOR DEL CONTRATO