



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

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

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	1 PS 1598 2026 CRP -10180.pdf	1 PS 1598 2026 CRP -10180.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	1. PS 1598 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	1. PS 1598 2026 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2. PS 1598 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	2. PS 1598 2026 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

Datos guardados

Ayuda

Español (Colombia)

▼

018000-52-0808 www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

https://www.secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.SLCNTR.17027119

1/1

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE EXTRANJERÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 5399469
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	ARIANA CAROLINA MARIANI CARRILLO	
CIUDAD/MUNICIPIO:	CUCUTA DEPARTAMENTO:	NORTE DE SANTANDER
DIRECCIÓN:	CUCUTA TELÉFONO:	9999999
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	4650513033	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: marzo	PERIODO COTIZACIÓN MES: marzo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD: AÑO: 2026
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/04/15	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 9996464082

NOVEDADES																	
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	
							X										

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002248088	230301	230301-PORVENIR	1	\$ 2.143.300
SUBTOTAL:			1	\$ 2.143.300
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1	\$ 1.575.900
SUBTOTAL:			1	\$ 1.575.900
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	\$ 548.400
SUBTOTAL:			1	\$ 548.400

VALOR SIN MORA:	\$ 4.267.600
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 4.267.600

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 1033

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	05/05/2026, 09:58
Expedición	05/05/2026, 09:58
Vencimiento	05/05/2026

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	SERVICIO PRESTADO COMO ANESTESIOLOGA ABRIL 1 A ABRIL 30 DE 2025 84 HORAS	270.00	31,517,100.00

Total items: 1

Valor en Letras:

Treinta y un millones quinientos diecisiete mil cien pesos m/cte

Forma de pago:

Crédito

Medio de pago:

Otro - Clientes Nacionales - Cuota No. 001 vence el 2026-05-05 por \$ 31,517,100.00

Observaciones:

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

Total Bruto	31,517,100.00
Total a Pagar	31,517,100.00

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**

Régimen simple de tributación - Actividad Económica 8621 - Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa 0.966
CUFE: eefd361bd932a4f3ca507bf892066f0c1d093255f36e41492a8e9258188f613c8849aeca24a9b063472e72f4187f2958

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

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



Nota Crédito
No. 2 - 5

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 Nota Crédito	2026-05-05
Factura de Venta	ACMC-1032
Generación	05/05/2026, 09:56
Expedición	05/05/2026, 09:56
Vencimiento	17/04/2026

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	SERVICIO PRESTADO COMO ANESTESIOLOGA ABRIL 1 A ABRIL 30 DE 2026. 276 HORAS	276.00	32,217,480.00

Total ítems: 1

Valor en Letras:
Treinta y dos millones doscientos diecisiete mil cuatrocientos ochenta pesos m/cte

Condiciones de Pago:
Instrumento de pago no definido - Cruce de vencimiento - \$ 32,217,480.00
Cuota No. 001 vence el 2026-04-17 por

Total Bruto	32,217,480.00
Total	32,217,480.00

Observaciones:

CUDE: 8af9f549f5c7cf631a0bbc2773fd9cea6d1a0b05621b3336821cff40bf47f078c3a55ac2d7dfc0ab3c77d650009aach1
CUFE factura: fe63201250e9c3f72899261df0324c8f8ffc555b32a9de683f703970810ede98188d86700a9212b3e5c5b28098c59d44

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

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-04-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	ARIANA CAROLINA MARIANI CARRILLO			CC:	5399469
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 1598 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 31.517.100	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/03	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/05/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/04/01 AL 2026/04/30				
<div><div>ARIANA CAROLINA MARIANI CARRILLO PS_1598_2026_75FC86</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ARIANA CAROLINA MARIANI CARRILLO CC: 5399469 CEL: 3113063162</div>					

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

CON C.C N°5.399.469

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO (A) ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS-MEDICINA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
----------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1598 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/03
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 86.847.120	No. HORAS EJECUTADAS	270
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 88.364.610	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 31.517.100
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) 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 (2026-04-01) AL (2026-04-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 4650513033	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/04/15	\$ 1.575.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/04/15	\$ 2.143.300
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/04/15	\$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 3.719.200

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_1598_2026_75FC86

ARIANA CAROLINA MARIANI CARRILLO

CC: 5399469

FIRMA DE QUIEN VALIDA



DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS

PS_1598_2026_75FC86

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_1598_2026_75FC86

SAUL ARDILA DURAN

SUPERVISOR DEL CONTRATO