

2025 -08 -12

5,280,703.00

RUSSEL SOLANO ARNOLD ROMMOULLOUS

CINCO MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA MIL SETECIENTOS TRES PESOS M/CTE

GOBERNACION DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA

CALLE 20 NRO 13 22

NIT. 892400038-2

SAN ANDRES

COMPROBANTE
DE EGRESO N°

14696

Beneficiario:	RUSSEL SOLANO ARNOLD ROMMOULLOUS		
Cuenta No:	34854208316	Banco:	BANCOLOMBIA
			Cuenta de Ahorros
Concepto :	SERVICIOS PROFESIONALES COMO ADMINISTRADOR DE EMPRESAS AL SERVICIO DE LA SEC.TURISMO INFORME DE PAGO 03 DEL 02 DE JULIO AL 01 DE AGOSTO 2025		
¥1\$BPIN:2024002880030\$CCPET:2.3.2.02.02.009\$CPC:91136\$PROD:3502015\$SECT:0\$POLI:0\$VALOR:27.647.665			
Valor Egreso:	5,280,703.00	Orden:	13236
Banco:	BANCO BOGOTA		Cuenta N° : 540-192671

CUENTAS CONTABLES

COD. CUENTA	CONCEPTO	DEBITOS	CREDITOS
1110050155	No. 540-192671 GOBERNACION SAI INGRESO CORRIENTE LIBRE DESTINACION	0.00	5,280,703.00
249054	Honorarios	5,280,703.00	0.00
TOTALES		5,280,703.00	5,280,703.00

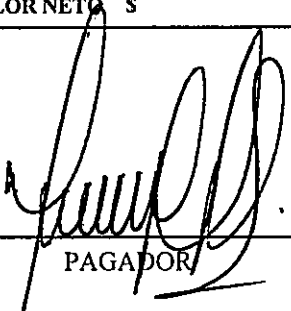
DISTRIBUCION PRESUPUESTAL

RUBRO	NOMBRE
03 - 2.3.37.3.2 - 201	2024002880030 - FORTALECIMIENTO DE LA SEGURIDAD TURISTICA A TRAVES DEL CONTROL

DETALLE DE LIQUIDACION DE ORDEN No.13236

Descripción	%	Valor Base	Valor
Descuentos y otros recargos			
ESTAMPILLA PROCULTURA (Dec.043/07-Ordenanza 020/06)	-2,00	5,529,533.00	-110.591,00
ESTAMPILLA PRO-UNAL (Ord. 003-2023) >96uvt 2025 \$4.780.704	-2,00	5,529,533.00	-110.591,00
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR (Ord. 024/2014)	-0,50	5,529,533.00	-27.648,00
		-S	248,830.00
		VALOR NETO S	5.280.703,00


IRIS LEVER STEELE
TESORERA GENERAL


PAGADOR

ANEXO COMPROBANTE DE EGRESO N° 14,696

No Nit	Beneficiario	Valor Neto	Cheque Girado	Información bancaria beneficiario			Firma
				Cuenta	Tipo Cuenta	Entidad Bancaria	
1 18011091	RUSSEL SOLANO ARNOLD ROMMOULLOUS	5,280,703.00		34854208316	de Ahorros	BANCOLOMBIA	
TOTAL		5,280,703.00					

Convenciones - * REP => Cheque Anulado Por Reposición

10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100

11

GOBERNACION DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA

NIT. 892400038-2

ORDEN DE PAGO

Vigencia Fiscal 2025

Orden de Pago No.

13236

Lugar y Fecha: SAN ANDRES 11-ago.-2025
 Tipo de Orden: HONORARIOS
 Pagado a: RUSSEL SOLANO ARNOLD ROMMOULLOUS Nit/C.C.: 18011091 NO:RESPONSABL
 Documento: 01 Contrato de Prestación de Servicios 7834474
 Facturas:
 Concepto: SERVICIOS PROFESIONALES COMO ADMINISTRADOR DE EMPRESAS AL SERVICIO DE LA SEC.TURISMO
 INFORME DE PAGO: 03 DEL 02 DE JULIO AL 01 DE AGOSTO 2025
 \$1\$BPIN:2024002880030\$CCPET:2.3.2.02.02.009\$CPC:91136\$PROD:3502015\$SECT:0\$POLI:0\$VALOR:27.647.665
 Programa: SECRETARÍA DE TURISMO

Registro Presupuestal: 2598 Vigencia Registro: 2025 01 Contrato de Prestación de Servicios : 7834474

Detalle Orden	
Imputación-Presupuestal	Valor
03-2.3.37.3.2.01	5.529.533,00
	\$ 5.529.533,00

Detalle Liquidación			
Descripción	%	V. Base	Valor
Descuentos y otros recargos			
ESTAMPILLA PROCULTURA (Dec	-2,000	5,529,533.00	110.591,00
ESTAMPILLA PRO-UNAL (Ord. 003	-2,000	5,529,533.00	-110.591,00
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR (O	-0,500	5,529,533.00	-27.648,00
			\$-248.830,00
			\$ 5.280.703,00

Afectación Contable			
Cuenta	Débito	Crédito	Descripción
24403501	0.00	110.591.00	Estampilla Procultura 2%
2440350202	0.00	27.648.00	E.A.M. Otros Contratos 0.5%
24403504	0.00	110.591.00	Estampilla pro-UNAL 2%
249054	0.00	5.280.703.00	Honorarios
511179	5.529.533.00	0.00	Honorarios
	5.529.533,00	5.529.533,00	

CHARLES LIVINGSTON LIVINGSTON
 SECRETARIO DE HACIENDA

ADRY CRISTINA REEVES POMARE
 CONTADOR DEPARTAMENTAL

— — —
— — —

— 2

7 4

(1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

10 11 12 13 14 15

	GOBERNACIÓN DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA	Fecha de Aprobación: 27-10-2016	Código: FO-EV-MC-07
	RECIBO A SATISFACCION	Versión: 01	Página 1 de 3

**EL SUSCRITO SECRETARIO TURISMO DEL DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE
SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA**

CERTIFICA

Que recibió a satisfacción del/la señor/a **ARNOLD ROMMOULLOUS RUSSELL SOLANO** Identificado/a con cédula de ciudadanía N°18.011.091, las Obligaciones Específicas establecidas en Contrato de Prestación de Servicio N° **CO1.PCCNTR.7834474** del 2025, del Proceso Contractual No. **CD-STU-2035-2025**. Para efectos del pago correspondiente a (un mes y/o días) de servicio, suministro la siguiente información:

1. Información del Contrato

Objeto	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ADMINISTRADOR DE EMPRESAS DENTRO DEL PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO DE LA SEGURIDAD TURÍSTICA A TRAVÉS DEL CONTROL, PREVENCIÓN Y VIGILANCIA EN EL DEPARTAMENTO DE SAN ANDRÉS ANTE LA SECRETARÍA DE TURISMO.
Periodo Certificado	02 DE JULIO AL 01 DE AGOSTO DEL 2025
Informe Número	03
Fecha de Suscripción del contrato	02/05/2025
Fecha de Inicio	02/05/2025
Plazo inicial del Contrato	CINCO (05) MESES
Valor Inicial del Contrato	\$27.647.665.00
Forma y Condiciones de Pago	CINCO (05) CUOTAS MENSUALES POR VALOR DE CINCO MILLONES QUINIENTOS VEINTINUEVE MIL QUINIENTOS TREINTA Y TRES PESOS (\$5.529.533.00) M/CTE.
CDP (Certificado De Disponibilidad Presupuestal) No.	3026
Rp (Registro Presupuestal) No.	2598
VALOR A PAGAR	CINCO MILLONES QUINIENTOS VEINTINUEVE MIL QUINIENTOS TREINTA Y TRES PESOS (\$5.529.533.00) M/CTE.
Dirección del Contratista	AVENIDA PROVIDENCIA
Correo Electrónico del Contratista	arnoldrussellcel@gmail.com
Nombre del Supervisor	RICARDO CAMACHO CADAVID

MODIFICACIONES AL CONTRATO	
Modificadorio No:	
Tipo de Modificadorio	
Fecha	
Cláusula Modificada	

	GOBERNACIÓN DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA	Fecha de Aprobación: 27-10-2016	Código: FO-EV-MC-07
	RECIBO A SATISFACCION	Versión: 01	Página 2 de 3

Resumen del Modificadorio	
Valor final (+ Modificadorio)	
Plazo de Ejecución Final (+ Modificadorio)	

2. Garantías

¿Al contrato se le exigió pólizas? SI ____ NO X (Si la respuesta es No pase al numeral 3)

2.1. Las obligaciones contractuales se respaldan con la siguiente póliza:

Póliza No. _____ de fecha _____, expedida por _____ y aprobada mediante Resolución No. _____ de fecha _____ que cubre los siguientes amparos, así:

RIESGO ASEGURADO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	VALOR ASEGURADO

2.2. Modificaciones de Póliza: APLICÁ ____ NO APLICA X ____

RIESGO ASEGURADO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	VALOR ASEGURADO

3. Cumplimiento de Obligaciones al Sistema de Seguridad Social y Parafiscales

El contratista manifiesta bajo la gravedad de juramento que se encuentra dando estricto cumplimiento a la obligación consagrada en el artículo 50 de la ley 789 de 2002, el parágrafo 2 del artículo 1 de la ley 828 de 2003, en concordancia con el artículo 23 de la ley 1150 de 2007, Decreto 0723 de 2013, Decreto 2353 de 2015, Decreto 780 de 2016, Decreto 1273 de 2018 y demás normas reglamentarias y complementarias vigentes durante la ejecución del presente contrato, se verificó y certifico que el Contratista cumple con las obligaciones frente al sistema de seguridad social integral, parafiscales (cajas de compensación familiar, Sena e Instituto Colombiano de Bienestar Familiar- cuando aplique) y se anexa para tal fin, las planillas soportes del cumplimiento por parte del contratista

FECHA DE PAGO	NUMERO DE PLANILLA	HONORARIOS MENSUALES	INGRESO BASE COTIZACIÓN (40%)	SISTEMA DE SALUD (12,5%)	SISTEMA DE PENSION (16%)	ARL
27/06/2025	87747727	\$5.529.533	\$2.211.813	\$276.500	\$353.900	\$11.600

4. Cumplimiento de Ejecución Presupuestal

	GOBERNACIÓN DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA	Fecha de Aprobación: 27-10-2016	Código: FO-EV-MC-07
	RECIBO A SATISFACCION	Versión: 01	Página 3 de 3

Valor Total de los pagos realizados a la fecha (\$)	%
\$11.059.066	40

5. Observaciones

6. Anexos

ANEXO	No. FOLIOS
CONTRATO SECOP II	3
CDP	1
RP	1
PLANILLA DE APORTES	1

De conformidad a lo antes expuesto y para constancia se firma en San Andrés Isla, a los Cuatro (04) días del mes de Agosto de 2025


RICARDO CAMACHO CADAVID
Secretario de Turismo

Proyecto: Natalie Hodgson
Reviso: Ricardo Camacho
Archivo: Natalie Hodgson

1. 2. 3. 4. 5.

6.

7. 8. 9.

10.

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	18011091	ARNOLD ROMAN LOUS RUSSELL SOLANO	av providencia # 3-155	5123230	arnoldrusse@hotmail.com
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO DEPARTAMENTO	CUIDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
UNICA	1 - independiente		ARCHIPELAGO DE SA	SAN ANDRÉS	NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					Empleados upc
					1 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES			TOTAL A PAGAR	
2025-06	2025-06	1	2706/2025	8714727	\$642,000

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional		Incapacidades		Licencia Maternidad	
				No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor
EPS005	Santitas EPS	800251440-6	276.500	0	0	0	0	0	0
				Valor Mora		Valor Mora UPC		Total a Pagar	
				Cotización		0		276.500	
								No. Afiliados	
								1	

TOTALES PENSION

TOTALES PENSION																						
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados										
25-14	Cooperaciones	900336004-7	353.900	0	0	0	0	0	0	0	353.900	1										

TOTALES RIESGOS LABORALES

TOTALES RIESGOS LABORALES																				
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto		Días		Valor Mora		Subtotal	No. Radicado		Valor Saldo a		Fondo	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor		Cotización	Mora	Cotización	Mora	Cotización	Saldo a Favor		Favor						
14-23	Positiva Seguros	890111534-6	11.600	0	0	0	11.600	0	0	0	0	11.600	0	0	116	11.600	0	116	11.600	1

TOTALES CALIAS

TOTALES CALIAS									
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados		

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, RRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	276.500	276.500
Pensión	1	353.900	353.900
Riesgos Laborales	1	11.600	11.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	642.000	642.000

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.

11.

12.

DATOS DE LA PLANTILLA						
PLANTILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANTILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANTILLA	CANTIDAD	
					Empleados	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-06	2025-06	1	27/06/2025	87747727	\$642.000	

[illegible]

1000