2025 -08 -29 **4,017,506.00**

ONEILL PUSEY FABIO JOSE

CUATRO MILLONES DIECISIETE MIL QUINIENTOS SEIS 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°** **16951**

**Beneficiario:** ONEILL PUSEY FABIO JOSE
**Cuenta No:** 53010853207 **Banco:** BANCOLOMBIA Cuenta de Ahorros

**Concepto :** SERVICIOS PROFESIONALES COMO ADMINISTRADOR DE EMPRESAS DENTRO DEL PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO DE SEGURIDAD TURISTICA. 3ER INFORME DE PAGO DEL 23 DE JULIO AL 22 DE AGOSTO DEL 2025

¥1§BPIN:2024002880030§CCPET:2.3.2.02.02.009§CPC:91136§PROD:3502015§SECT:0§POLI:0§VALOR:32.964.152

**Valor Egreso:** 4,017,506.00 **Orden:** 15428

**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 | 4,017,506.00 |
| 249054 | Honorarios | 4,017,506.00 | 0.00 |
| | **TOTALES** | **4,017,506.00** | **4,017,506.00** |

**DISTRIBUCION PRESUPUESTAL**

| RUBRO | NOMBRE |
|---|---|
| 03 - 2.3.37.3.1 - 200 | 2024002880030 - FORTALECIMIENTO DE LA SEGURIDAD TURISTICA A TRAVES DEL CONTROL |

**DETALLE DE LIQUIDACION DE ORDEN No.15428**

| Descripción | % | Valor Base | | Valor |
|---|---|---|---|---|
| **Descuentos y otros recargos** | | | | |
| ESTAMPILLA ADULTO MAYOR (Ord. 024/2014) | -0,50 | 4,120,519.00 | | -20.603,00 |
| ESTAMPILLA PROCULTURA (Dec.043/07-Ordenanza 020/06) | -2,00 | 4,120,519.00 | | -82.410,00 |
| | | | -$ | **103,013.00** |
| | | **VALOR NETO** | $ | **4.017.506,00** |

**IRIS LEVER STEELE**
TESORERA GENERAL

PAGADOR

## ANEXO COMPROBANTE DE EGRESO N° 16,951

| No | Nit | Beneficiario | Valor Neto | Cheque Girado | Información bancaria beneficiario | | | Firma |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Cuenta | Tipo Cuenta | Entidad Bancaria | |
| 1 | 18003082 | ONEILL PUSEY FABIO JOSE | 4,017,506.00 | | 53010853207 | de Ahorros | BANCOLOMBIA | |
| | | **TOTAL** | **4,017,506.00** | | | | | |

Convenciones - * REP => Cheque Anulado Por Reposición

**Elaboro:** GHUDSON

# GOBERNACION DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA

NIT. 892400038-2

**ORDEN DE PAGO**

**Vigencia Fiscal 2025** **Orden de Pago No. 15428** 16951

**Lugar y Fecha:** SAN ANDRES 29-ago.-2025
**Tipo de Orden:** HONORARIOS PAGO PARCIAL O FINAL
**Pagado a:** ONEILL PUSEY FABIO JOSE **Nit/C.C. :** 18003082 NO RESPONSABL
**Documento_:** 01 Contrato de Prestación de Servicios 7786896

**Facturas:**

**Concepto:** SERVICIOS PROFESIONALES COMO ADMINISTRADOR DE EMPRESAS DENTRO DEL PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO DE SEGURIDAD TURISTICA. 3ER INF DE PAGO DEL 23 DE JULIO AL 22 DE AGOSTO DEL 2025

¥1§BPIN:2024002880030§CCPET:2.3.2.02.02.009§CPC:91136§PROD:3502015§SECT:0§POLI:0§VALOR:32.964.152
**Programa:** SECRETARÍA DE TURISMO

Registro Presupuestal: **3521** Vigencia Registro: **2025** 01 Contrato de Prestación de Servicios : 7786896

**Detalle Orden**

| Imputación Presupuestal | Valor |
|---|---|
| 03 - 2.3.37.3.1 - 200 | 4.120.519,00 |
| | $ 4.120.519,00 |

**Detalle Liquidación**

| Descripción | % | V. Base | Valor |
|---|---|---|---|
| **Descuentos y otros recargos** | | | |
| ESTAMPILLA ADULTO MAYOR (O | -0,500 | 4,120,519.00 | -20.603,00 |
| ESTAMPILLA PROCULTURA (Dec | -2,000 | 4,120,519.00 | -82.410,00 |
| | | | $-103.013,00 |

**$ 4.017.506,00**

**Afectación Contable**

| Cuenta | Débito | Crédito | Descripción |
|---|---|---|---|
| 24403501 | 0.00 | 82.410.00 | Estampilla Procultura 2% |
| 2440350202 | 0.00 | 20.603.00 | E.A.M. Otros Contratos 0.5% |
| 249054 | 0.00 | 4.017.506.00 | Honorarios |
| 511179 | 4.120.519.00 | 0.00 | Honorarios |
| | 4.120.519,00 | 4.120.519,00 | |

**CHARLES LIVINGSTON LIVINGSTON**
SECRETARIO DE HACIENDA

**ADRY CRISTINA REEVES POMARE**
CONTADOR DEPARTAMENTAL

IMPRIMIO : ELISA MURRILLO

28

| | GOBERNACIÓN<br>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 **FABIO JOSÉ O´NEILL PUSEY** Identificado/a con cédula de ciudadanía N°18.003.082, las Obligaciones Específicas establecidas en Contrato de Prestación de Servicio N° **CO1.PCCNTR.7786896** del 2025, del Proceso Contractual No.**CD-STU-1646-2025**. Para efectos del pago correspondiente a (un mes y/o días) de servicio, suministro la siguiente información:

ok

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 SECRETARIA DE TURISMO. |
| **Periodo Certificado** | 23 DE JULIO AL 22 DE AGOSTO DEL 2025 |
| **Informe Número** | 03 |
| **Fecha de Suscripción del contrato** | 16/04/2025 |
| **Fecha de Inicio** | 23/05/2025 |
| **Plazo inicial del Contrato** | SIETE (07) MESES Y NUEVE (09) DÍAS |
| **Valor Inicial del Contrato** | $30.079.788.oo |
| **Forma y Condiciones de Pago** | OCHO (08) CUOTAS MENSUALES POR VALOR DE CUATRO MILLONES CIENTO VEINTE MIL QUINIENTOS DIECINUEVE PESOS ($4.120.519.oo) M/CTE. |
| **CDP (Certificado De Disponibilidad Presupuestal) No.** | 2245 |
| **Rp (Registro Presupuestal) No.** | 3521 |
| **VALOR A PAGAR** | CUATRO MILLONES CIENTO VEINTE MIL QUINIENTOS DIECINUEVE PESOS ($4.120.519.oo) M/CTE. |
| **Dirección del Contratista** | SAN ANDRÉS ISLA |
| **Correo Electrónico del Contratista** | Kariandoneill14@gmail.com |
| **Nombre del Supervisor** | RICARDO CAMACHO CADAVID |

| MODIFICACIONES AL CONTRATO | |
|---|---|
| **Modificatorio No:** | |
| **Tipo de Modificatorio** | |
| **Fecha** | |
| **Cláusula Modificada** | |

| | |
|---|---|
| **Resumen del Modificatorio** | |
| **Valor final (+ Modificatorio)** | |
| **Plazo de Ejecución Final (+ Modificatorio)** | |

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: APLICA _____ 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 | NÚMERO DE PLANILLA | HONORARIOS MENSUALES | INGRESO BASE COTIZACIÓN (40%) | SISTEMA DE SALUD (12,5%) | SISTEMA DE PENSIÓN (16%) | ARL |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 21/07/2025 | 8388297578 | $4.120.519 | $1.648.300 | $206.100 | $263.800 | $8.700 |

4. **Cumplimiento de Ejecución Presupuestal**

| Valor Total de los pagos realizados a la fecha ($) | % |
|---|---|
| $8.241.038 | 27.2 |

## 5. Observaciones

## 6. Anexos

| ANEXO | No. FOLIOS |
|---|---|
| PLANILLA DE APORTES | 1 |

De conformidad a lo antes expuesto y para constancia se firma en San Andrés Isla, a los Veinticinco (25) días del mes de Agosto de 2025

**RICARDO CAMACHO CADAVID**
Secretario de Turismo

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

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

| | |
|---|---|
| **Señor(a):** | FABIO JOSE O NEILL PUSEY |
| **No. Identificación:** | CC18003082 |
| **Dirección:** | LOMA BARRACK |
| **Telefono:** | 5132027 |
| **Correo:** | fabiooneill@hotmail.com |
| **Ciudad:** | SAN ANDRÉS |
| **Número de Planilla:** | 8388297578 |

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | |
|---|---|
| **Nombre Aportante** | FABIO JOSE O NEILL PUSEY |
| **Tipo y número de identificación** | CC18003082 |
| **Número de planilla** | 8388297578 |
| **Fecha pago** | 2025-07-21 |
| **Número de autorización pago** | 80297578 |
| **Banco** | 1052 |

| | |
|---|---|
| **Número de Empleados** | 1 |
| **Periodo de Cotización Salud** | julio de 2025 |
| **Periodo de Cotización Pensión** | julio de 2025 |
| **Número de Administradoras** | 3 |
| **Total Pagado** | 478600 |
| **Total Intereses de Mora** | 0 |

PAGADA

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-23 | POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 8700 | 1 |
| 230301 | Porvenir | 263800 | 1 |
| EPS005 | Sanitas EPS | 206100 | 1 |

8388297578

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 18003082
APELLIDOS Y NOMBRES: FABIO JOSE O NEILL PUSEY

| Cód. EPS | Cód. AFP | IBC SALUD | IBC PENSIÓN | IBC RIESGOS | IBC CAJAS | COTIZACIÓN SALUD | VALOR UPC | COTIZACIÓN PENSIÓN | FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN RIESGOS | APORTE CAJAS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS005 | 230301 | 1648300 | 1648300 | 1648300 | 0 | 206100 | 0 | 263800 | 0 | 8700 | 0 |

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información