2025 -10 -10 **5,529,533.00** 320

LICONA FONTALVO SANDRA MILENA

CINCO MILLONES QUINIENTOS VEINTINUEVE MIL QUINIENTOS TREINTA Y 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 Nº **21763**

Beneficiario: LICONA FONTALVO SANDRA MILENA
Cuenta No: 855834511 **Banco:** BANCO DE OCCIDENTE Cuenta de Ahorros

Concepto : SERVICIOS PROFESIONALES COMO BACTERIOLOGA PARA VIGILANCIA VECTORIAL ATRAVES DE LA UNIDAD ENTOMOLOGIA AL SERVICIO DE LA SEC.SALUD PRIMER PAGO DEL 14 DE AGOSTO AL 13 DE SEPTIEMBRE DEL 2025

¥1§CCPET:2.3.2.02.02.008§CPC:85999§PROD:1903038§ VALOR:22.118.132

Valor Egreso: 5,529,533.00 **Orden:** 19986

Banco: BANCO BOGOTA **Cuenta Nº :** 540-09335-8

CUENTAS CONTABLES

COD. CUENTA	CONCEPTO	DEBITOS	CREDITOS
1110060106	No. 540-09335-8 Salud Publica	0.00	5,529,533.00
24800401	Acciones SP Honorarios	5,529,533.00	0.00
	TOTALES	**5,529,533.00**	**5,529,533.00**

DISTRIBUCION PRESUPUESTAL

RUBRO	NOMBRE
05 - 2.3.19.21.3.2.98.4 - 321	2024002880098 - PREVENCION Y PROMOCION PARA LA DISMINUCION DE LAS ENFERMEDADE

IRIS LEVER STEELE
TESORERA GENERAL

PAGADOR

ANEXO COMPROBANTE DE EGRESO Nº 21,763

No Nit	Beneficiario	Valor Neto	Cheque Girado	Información bancaria beneficiario			Firma
				Cuenta	Tipo Cuenta	Entidad Bancaria	
1 40993936	LICONA FONTALVO SANDRA MILENA	5,529,533.00		855834511	de Ahorros	BANCO DE OCCIDE	
	TOTAL	**5,529,533.00**					

Convenciones - * REP => Cheque Anulado Por Reposición

Elaboro: EGARCIA

COPIA

GOBERNACION DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA

NIT. 892400038-2

ORDEN DE PAGO

Vigencia Fiscal **2025** 21763 **Orden de Pago No.** **19986** 321

Lugar y Fecha: SAN ANDRES 9-oct.-2025
Tipo de Orden: HONORARIOS ACCIONES DE SALUD PUBLICA
Pagado a: LICONA FONTALVO SANDRA MILENA **Nit/C.C. :** 40993936 NO RESPONSABL
Información Bancaria: Cuenta Bancaria N° 855834511 - BANCO DE OCCIDENTE -Ahorros
Documento_: 01 Contrato de Prestación de Servicios 8188920
Facturas:
Concepto: SERVICIOS PROFESIONALES COMO BACTERIOLOGA PARA VIGILANCIA VECTORIAL ATRAVES DE LA UNIDAD ENTOMOLOGIA AL SERVICIO DE LA SEC.SALUD¥1§CCPET:2.3.2.02.02.008§CPC:85999§PROD:1903038§ VALOR:22.118.132 PRIMER PAGO DEL 14 DE AGOSTO AL 13 DE SEPT DEL 2025
Programa: SECRETARIA DE SALUD

Registro Presupuestal: **4813** Vigencia Registro: **2025** 01 Contrato de Prestación de Servicios : 8188920

Detalle Orden

Imputación Presupuestal	Valor
05 - 2.3.19.21.3.2.98.4 - 321	5.529.533,00
	$ 5.529.533,00

Detalle Liquidación

Descripción	%	V. Base	Valor

$ 5.529.533,00

Afectación Contable

Cuenta	Débito	Crédito	Descripción
24800401	0.00	5.529.533,00	Acciones SP Honorarios
5502057901	5.529.533,00	0.00	Honorarios-Salud publica
	5.529.533,00	5.529.533,00	

CHARLES LIVINGSTON LIVINGSTON
SECRETARIO DE HACIENDA

ADRY CRISTINA REEVES POMARE
CONTADOR DEPARTAMENTAL

IMPRIMIO : MARIELA BENT DE AVILA

cont

	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**

LA SUSCRITA SECRETARIA DE SALUD DEL DEPARTAMENTO ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA

CERTIFICA

Que recibió a satisfacción del/la señor/a **SANDRA MILENA LICONA FONTALVO** Identificado/a con cédula de ciudadanía N° **40993936,** las Obligaciones Específicas establecidas en Contrato de Prestación de Servicio N° **CO1. PCCNTR. 8188920** del 2025, del Proceso Contractual No. **CD-SSA 3483-2025**. Para efectos del pago correspondiente a (un mes y/o días) de servicio, suministro la siguiente información:

1. Información del Contrato

Objeto	EL CONTRATISTA, Prestar sus servicios como bacterióloga para la vigilancia a través de la unidad de entomología, así como el fortalecimiento de las intervenciones focalizadas y priorizadas en la comunidad para las enfermedades transmitidas por vectores y las zoonosis
Periodo Certificado	14 de agosto al 13 de septiembre de 2025
Informe Número	01
Fecha de Suscripción del contrato	12/08/2025
Fecha de Inicio	14 de agosto del 2025
Plazo inicial del Contrato	04 meses
Valor Inicial del Contrato	**$ 22.118.132 M/CTE**
Forma y Condiciones de Pago	La gobernación realizara el pago del valor del contrato en cuatro (4) cuotas mensuales por valor cada una de Cinco millones quinientos veintinueve mil quinientos treinta y tres pesos ($5.529.533) m/cte, cada pago se efectuará previa presentación de la documentación que exija la secretaria de hacienda para tal efecto.
CDP (Certificado De Disponibilidad Presupuestal) No.	4809 del 24 de julio de 2025
Rp (Registro Presupuestal) No.	4813 del 13 de agosto del 2025
VALOR A PAGAR	**$5.529.533 M/CTE**
Dirección del Contratista	Barrio Potty Hill
Correo Electrónico del Contratista	sliconafontalvo@gmail.com
Nombre del Supervisor	YENDI KELLY FORBES

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
29/09/2025	90183971	$5.529.533	$2.192.416	$274.100	$350.800	$11.100

4. Cumplimiento de Ejecución Presupuestal

Valor Total de los pagos realizados a la fecha ($)	%
Cinco millones quinientos veintinueve mil quinientos treinta y trespesos ($5.529.533) M/CTE	25%

5. Observaciones

6. Anexos

ANEXO	No. FOLIOS
• RP • CDP • PAGO DE APORTES • CONTRATO DE SECOP	6

De conformidad a lo antes expuesto y para constancia se firma en San Andrés Isla, a los veintiséis (26) días del mes de septiembre de 2025

YENDI KELLY FORBES
SECRETARIA DE SALUD

Reviso: S. Bernard. Y. Kelly
Archivo: Juridica o Hacienda

ACTA DE INICIO

FECHA DE INICIO	14 de Agosto de 2025	**NÚMERO DEL CONTRATO**	CO1.PCCNTR.8188920 CD-SSA-3483-2025

OBJETO CONTRACTUAL

EL CONTRATISTA, se compromete para con el Departamento a Prestar sus servicios como Bacterióloga para la vigilancia vectorial a través de la Unidad de Entomología, así como el fortalecimiento de las intervenciones focalizadas y priorizadas en la comunidad

CONTRATISTA	**IDENTIFICACIÓN**	**REPRESENTANTE LEGAL (persona jurídica)**
SANDRA MILENA LICONA FONTALVO	*40993936*	

GARANTÍA

NUMERO DE POLIZA	**ASEGURADORA**	**RESOLUCIÓN DE APROBACIÓN DE POLIZA**
NA	NA	NA

	DEPENDENCIA	**NOMBRE DEL FUNCIONARIO**
SUPERVISION	SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL	MIKEL WATSON CANTILLO

PLAZO DE EJECUCIÓN	**CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD- CDP**	**REGISTRO PRESUPUESTAL**
Cuatro (4) MESES	*4809 del 24 de Julio de 2025*	4813 del 13 de Agosto de 2025

VALOR DEL CONTRATO (letras y números)	**VEINTIDOS MILLONES CIENTO DIECIOCHO MIL CIENTO TREINTA Y DOS PESOS ($ 22.118.132)**

FORMA DE PAGO	**ANTICIPO**	**SI**		**NO**	**X**	**PORCENTAJE**	
	PAGO ANTICIPADO	**SI**		**NO**	**X**		
	Saldo restante						
	LA GOBERNACIÓN realizará el pago del valor del contrato en cuatro (4) cuotas mensuales por valor de CINCO MILLONES QUINIENTOS VEINTINUEVE MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS ($5.529.533) M/CTE.						

OBSERVACIONES

FIRMAS

contratista	**Jefe de oficina responsable**	**funcionario de planta para apoyo de la supervisión**



POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

Hacienda

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

El usuario mencionado a continuación registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales. La información aquí proporcionada es verídica y se registra conforme a los datos suministrados.

Datos del empleador			
Nombres y apellidos o Razón Social	INDEPENDIENTE VOLUNTARIO (DECRETO 1563/16)		
Tipo de documento de identificación	*NI*	**Número de documento de identificación**	*899999998*
Datos del trabajador			
Tipo documento y número de identificación	CC 40993936	**Nombres y apellidos**	SANDRA MILENA LICONA FONTALVO
Fecha de afiliación	2023-12-16	**Estado de afiliación**	Activo
Fecha de inicio cobertura	2023-12-16	**Tipo de vinculación**	Independiente
Clase de riesgo	1	**Fecha de retiro**	

Esta certificación se expide a los 29 días del mes de septiembre del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	40993936	SANDRA MILENA LICONA FONTALVO	BARRIO PUTY HILL	3153633202	melcho9_21@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente.		ARCHIPIÉLAGO 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: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-08	2025-08	I	29/09/2025	90183971	$635.900

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																	PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza en el exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	40993936	LICONA FONTALVO SANDRA MILENA	59	0			N																	25-14	2.192.416	350.800	0	0	0	0	EPS005	2.192.416	274.100	14-23	2.192.416	1	11.100		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Banco de Occidente

NIT 890.300.279-4

CERTIFICADO

Mediante la presente **CERTIFICAMOS** que **SANDRA MILENA LICONA FONTALVO** identificado con C.C. número **40.993.936** es cuentahabiente del BANCO DE OCCIDENTE desde el día **1 de junio de 2015** con la Cuenta de Ahorros **855834511** la cual se encuentra activa y vigente.

Por lo anterior podemos afirmar que la mejor carta de presentación de: **SANDRA MILENA LICONA FONTALVO** es ser un "cliente activo de Banco de Occidente".

Expedimos esta certificación hoy **5 de agosto de 2025**

Julio Cesar Ortiz
GERENTE MEDIOS DE PAGOS