2025 -10 -31 **5,280,703.00**

VIVANCO ROMERO KATHLEEN JOHANA

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
Fecha : 31/10/2025

COMPROBANTE DE EGRESO Nº **23705**

Beneficiario: 1123631780 - VIVANCO ROMERO KATHLEEN JOHANA
Cuenta No: 266000297561 **Banco:** DAVIVIENDA Cuenta de Ahorros

Concepto : SERVICIOS PROFESIONALES COMO TRABAJADOR SOCIAL EN ATENCION POBLACION VULNERABLE AL SERVICIO DE LA SEC.DESA.SOCIAL. QUINTO INFORME FINAL DEL 22 DE AGOSTO AL 21 DE SEPTIEMBRE DEL 2025.

¥1§BPIN:2024002880081§CCPET:2.3.2.02.02.008§CPC:83117§PROD:4301038§SECT:0§POLI:0§VALOR:27.647.665

Valor Egreso: 5,280,703.00 **Orden:** 21831

Banco: BANCO BOGOTA **Cuenta Nº :** 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 - 2.3.25.4.1 - 200	2024002880081 - APOYO INTEGRAL A PADRES Y/O CUIDADORES DE MENORES EN SITUACION

DETALLE DE LIQUIDACION DE ORDEN No.21831

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 $4.780.704	-2,00	5,529,533.00		-110.591,00
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR (Ord. 024/2014)	-0,50	5,529,533.00		-27.648,00
			-$	**248,830.00**
		VALOR NETO	**$**	**5.280.703,00**

IRIS LEVER STEELE
TESORERA GENERAL

PAGADOR

ANEXO COMPROBANTE DE EGRESO Nº 23,705

No Nit	Beneficiario	Valor Neto Cheque Girado	Información bancaria beneficiario			Firma
			Cuenta	Tipo Cuenta	Entidad Bancaria	
1 1123631780	VIVANCO ROMERO KATHLEEN JOHANA	5,280,703.00	266000297561	de Ahorros	DAVIVIENDA	
	TOTAL	**5,280,703.00**				

Convenciones - * REP => Cheque Anulado Por Reposición

Elaboro: ASMITCHELL

GOBERNACIÓN DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA

NIT. 892400038-2

ORDEN DE PAGO

2375 OK

Vigencia Fiscal **2025** **Orden de Pago No.** **21831**

Lugar y Fecha: SAN ANDRES 31-oct.-2025
Tipo de Orden: HONORARIOS
Pagado a: VIVANCO ROMERO KATHLEEN JOHANA **Nit/C.C. :** 1123631780 NO RESPONSABL
Documento_: 01 Contrato de Prestación de Servicios 7788343
Facturas:
Concepto: SERVICIOS PROFESIONALES COMO TRABAJADOR SOCIAL EN ATENCION POBLACION VULNERABLE AL SERVICIO DE LA SEC.DESA.SOCIAL.
QUINTO INFORME FINAL DEL 22 DE AGOSTO AL 21 DE SEPTIEMBRE DEL 2025.
¥1§BPIN:20240028800 81§CCPET:2.3.2.02.02.008§CPC:83117§PROD:4301038§SECT:0§POLI:0§VALOR:27.647.665
Programa: SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL

Registro Presupuestal: **2237** Vigencia Registro: **2025** 01 Contrato de Prestación de Servicios : 7788343

Detalle Orden

Imputación Presupuestal	Valor
03 - 2.3.25.4.1 - 200	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
55070579	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

IMPRIMIO : OSILIS ESTHER WILLIAMS HOOKER

	GOBERNACIÓN DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA	Fecha de Aprobación 05/04/2017	Código FO-AP-GJ-41
	CERTIFICACION PARA PAGO FINAL DE CONTRATOS Y CONVENIOS	**Versión 1**	**Página** 1 de 1

Para la realización del último pago de los Contratos y Convenios previo a la radicación de la factura o documento equivalente en la Área de Contabilidad, debe adjuntar el presente certificado donde conste que los siguientes documentos se encuentren radicados en la Oficina de Jurídica.

CONTRATO Y/O CONVENIO N° CO1.PCCNTR.7788343 de 2025	
NOMBRE DEL CONTRATISTA Y/O CONVENIDO: KATHLEEN JOHANA VIVANCO ROMERO	
NOMBRE DEL SUPERVISOR: JOHANA WILCHES DIMAS	
DEPENDENCIA: SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL	

	REQUISITOS PARA PAGO FINAL			
	Certificación de recibido a satisfacción debidamente diligenciada y firmada por el Supervisor del Contrato y/o Convenio en donde se deje constancia que en la Carpeta del Contrato y/o Convenio Reposan:	**SI**	**NO**	**N.A.**
1	Egresos Firmados por los Proveedores			X
	Facturas o Documentos Equivalentes de los Proveedores			X
	Registros Fotográficos	X		
	Registros de Video			X
	Evidencias: Camisetas, Piezas Publicitarias, etc			X
	Número de informes que deben reposar en el Convenio o Contrato incluido el informe final	X		
	1 2 3 4 X 5 6 7 8 9 **INFORME FINAL**	X		
2	**FACTURA O DOCUMENTO EQUIVALENTE** (En el caso de factura de venta debe cumplir con los requisitos establecidos en el Art. 617 del Estatuto Tributario)	**SI**	**NO**	**N.A.**
				X
3	**INFORME FINAL** Debe Reposar en la Carpeta del Contrato y/o Convenio el Informe Final Escrito con todos los Soportes Financieros y Evidencias.	**SI**	**NO**	**N.A.**
		X		

La Secretaria manifiesta que todos los documentos aportados son en original y corresponden a los que deben reposar en la carpeta.

Firma Supervisor	**Firma quien recibe los documentos en Jurídica**
Nombre: **JOHANA WILCHES DIMAS**	**Nombre**
Cargo: SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL	**Cargo:**

TENGA EN CUENTA:
a) Todos los documentos que se aporten deben tener óptima calidad de impresión y legibilidad.
b) Para el pago final debe presentar este formato firmado por la Oficina de Jurídica.

Nota: La Secretaria de Hacienda **NO PODRÁ** autorizar pagos finales sin el presente documento debidamente firmado por los que en él actúan.
Pgm.2021

cuenta baja.

	GOBERNACIÓN DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA	Fecha de Aprobación 07/10/2019	Código FO-AP-GJ-25	ISO 9001:2015 BUREAU VERITAS Certification
	FORMATO CERTIFICACIÓN DE SUPERVISIÓN	Versión: 02	Página 1 de 2	

Fundamentado en el certificado presentado para la evaluación de la supervisión, el suscrito supervisor certifica el cumplimiento de las obligaciones contraídas por el Contrato de Prestación de Servicios, de acuerdo con la información relacionada a continuación:

1. Identificación del Contrato, Convenio, Orden de Servicio, Otro Sí.	
Contratante	Gobernación Departamental
Representante Legal	Nit. 892400038-2
Identificación	C.C. 1.123.631.780
Fecha Inicio	22 de abril de 2025
Número del contrato	N° CO1.PCCNTR.7788343 de 2025
Supervisor	**JOHANA WILCHES DIMAS**
Tipo de contrato	Prestación de servicios profesionales
Objeto del Contrato o Convenio	
Prestación de servicios profesionales como Trabajador social para apoyar en el desarrollo de las actividades de la Secretaría de Desarrollo social en la atención a la población vulnerable del Departamento	
1. **Fecha inicial de ejecución: 22 de abril de 2025**	
2. **Prorrogas:** **SI** ☐ **NO** ■	
3. **Adiciones:** **SI** ☐ **NO** ■	
4. **En caso positivo,** por favor señalar los otros sí suscritos con las prórrogas y/o adiciones, Ejemplo: **Otro Sí:**	
5. **Fecha de terminación: 21 de septiembre de 2025**	
6. **Valor inicial: $27.647.665**	
7. **Valor final: $27.647.665**	
8. **El contrato tuvo otras modificaciones SI** ☐ **NO** ■	
9. **En caso positivo,** señalar los documentos de modificación	
10. **Informe sobre el desarrollo y cumplimiento de las actividades contratadas** **Nota:** Este informe de ser necesario puede realizarse en documento adjunto, con los soportes de ejecuccion que se consideren pertinentes.	
Naturaleza de la Entidad contratista	**Natural** ■ **Juridica** ☐
Pólizas	**N°**
Publicación	
Fecha de inicio, suspension reinicio	Fecha de inicio: **22 de abril de 2025**
Fecha final	Fecha final: **21 de septiembre de 2025**

Certificados	Numero	Secretaria Ejecutora	Fecha	Valor
Disponibilidad Presupuestal	**2309**	Desarrollo Social	11 de abril de 2025	$27.647.665
Registro Presupuestal	**2237**	Desarrollo Social	22 de abril de 2025	$27.647.665
Documentos Soportes	Se hace entrega de informe final, con sus respectivos certificados a satisfaccion, certificacion para pago final de			

	contratos, formato certificacion de supervision y un Informe de ordenes de pago.
Observaciones	

Balance Financiero						
Valor total contratado	**$27.647.665**					
Pagos efectuados al contrato según Egresos 2024						
Valor total ejecutado	**$27.647.665**	**$**	**$**		**$**	**$**
Valor total pagado	**$22.118.132**	**$**	**$**		**$**	**$**
Aporte del departamento	**$27.647.665**	**$**	**$**		**$**	**$**
Aporte contrapartida	**$ 0**	**$**	**$**		**$**	**$**
Saldo a favor	**$5.529.533**	**$**	**$**		**$**	**$**
Total ejecutado	**$27.647.665**	**$**	**$**		**$**	**$**
Saldo a liberar	**$ 0**					
Recursos No ejecutados consignados al tesoro (Si aplica)						
Rendimientos financieros consignados al tesoro (si aplica)						

Nota: Como supervisor de este contrato, certifico que he cumplido las funciones de verificación, vigilancia y control frente al cumplimiento del objeto del contrato.

Así mismo se deja constancia que el contrato cumplió a cabalidad el objeto, que los soportes de las actividades desarrolladas se entregaron por parte del contratante en medio impreso o digital y que estas cumplieron con las calidades y cantidades exigidas en el contrato, los cuales fueron remitidos al expediente contractual.

Por lo anterior se firma a los 22 días del mes de septiembre de 2025.

Nombre del Supervisor: JOHANA WILCHES DIMAS

Cargo del Supervisor: Secretaria de Desarrollo Social

Firma del Supervisor _____

Proyectó y elaboró: Guillermo D. Mendivil Herrera
Revisó y aprobó: Johana Wilches Dimas
Archivó: Oficina Asesora Jurídica

Cuenta B

	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 **4**

LA SUSCRITA SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL DEL DEPARTAMENTO ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA

CERTIFICA

Que recibió a satisfacción de la Contratista **KATHLEEN JOHANA VIVANCO ROMERO** Identificado/a con Cédula de Ciudadanía N° **1123631780 de San Andrés,** las Obligaciones Específicas establecidas en el Contrato de Prestación de servicios profesionales como trabajador social para apoyar en el desarrollo de las actividades de la Secretaria de Desarrollo Social en la atención a la población vulnerable del Departamento N° **CO1.PCCNTR.7788343** del 2025, del Proceso Contractual No. **N° CD-SDS-1654 2025**. Para efectos del pago correspondiente a UN (1) MES, suministro la siguiente información:

1. Información del Contrato

Objeto	Prestación de servicios profesionales como trabajador social para apoyar en el desarrollo de las actividades de la Secretaria de Desarrollo Social en la atención a la población vulnerable del Departamento.
Periodo Certificado	DE 22 AGOSTO DE 2025 A 21 DE SEPTIEMBRE 2025
Informe Número	CINCO (5)
Fecha de Suscripción del contrato	21 DE ABRIL DEL 2025
Fecha de Inicio	22 DE ABRIL DEL 2025
Plazo inicial del Contrato	CINCO (5) MESES
Valor Inicial del Contrato	VEINTISIETE MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS SESENTA Y CINCO PESOS ($27.647.665) M/CTE.
Forma y Condiciones de Pago	LA GOBERNACION realizará el pago del valor del contrato en CINCO (5) cuotas mensuales por valor de CINCO MILLONES QUINIENTOS VEINTINUEVE MIL QUINIENTOS TREINTA Y TRES PESOS ($5.529.533) M/CTE
CDP (Certificado De Disponibilidad Presupuestal) No.	CDP № 2309 de 11 de abril de 2025
RP (Registro Presupuestal) No.	RP № 2237 de 22 de abril de 2025

VALOR A PAGAR	CINCO MILLONES QUINIENTOS VEINTINUEVE MIL QUINIENTOS TREINTA Y TRES PESOS ($5.529.533) M/CTE
Dirección del Contratista	Rock Hole
Correo Electrónico del Contratista	kathleenvivanco@gmail.com
Nombre del Supervisor	JOHANA WILCHES DIMAS

MODIFICACIONES AL CONTRATO	
Modificatorio No:	N/A
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. _____ 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
14/08/2025	9490292982	$5.529.533	$2.212.000	$276.500	$354.000	$11.600

4. Cumplimiento de Ejecución Presupuestal

Valor Total de los pagos realizados a la fecha ($)	%
$22.118.132	80 %

5. Observaciones

Ultima cuenta

6. Anexos

ANEXO	No. FOLIOS
- Formato informe de prestación de servicios profesionales o apoyo a la gestión (3) - Evidencias de actividades desarrolladas en el periodo (6) - Planilla pagada de aportes de seguridad social (2) - Contrato SECOP II Sección 1, 2 y 6 (6) - Certificado paz y salvo (1) - Certificado de supervisión (2)	20

De conformidad a lo antes expuesto y para constancia se firma en San Andrés Isla, a los catorce (14) día del mes de octubre de 2025.

JOHANA WILCHES DIMAS
Secretaria de Desarrollo Social

Proyectó:Kathleen Vivanco R.
Revisó: JWilches/Secretaría de Desarrollo Social
Archivó: Secretaría de Desarrollo Social

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1123631780		VIVANCO ROMERO KATHLEEN JOHANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	rock hole diagonal a bodega aramburo	SAN ANDRES-SAN ANDRES	5127748	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-08	1700061955	9490292982	I	2025/09/17	2025/08/14	BANCO DAVIVIENDA		$642,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$354,000	$0	$354,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$354,000	$0	$354,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$11,600	$0	$11,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$11,600	$0	$11,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$276,500	$0	$276,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$276,500	$0	$276,500
TOTAL				1	$642,100	$0	$642,100

2025/08/14 06:16 AM

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1123631780		VIVANCO ROMERO KATHLEEN JOHANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	rock hole diagonal a bodega aramburo	SAN ANDRES-SAN ANDRES	5127748	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-08	1700061955	9490292982	I	2025/09/17	2025/08/14	BANCO DAVIVIENDA		$642,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1123631780	VIVANCO ROMERO KATHLEEN JOHANA																		230301	30	$2,212,000	$354,000	EPS005	30	$2,212,000	$276,500		0	$0	$0	14-23	30	$2,212,000	$11,600	0	$0	$0	No	$642,100
Total	**Afiliados(1)**																						$2,212,000	$354,000			$2,212,000	$276,500			$0	$0			$2,212,000	$11,600		$0	$0		$642,100

2025/08/14 06:16 AM