

2025 -12 -23

4,747,567.00

POMARE CHRISTOPHER KARA JEAN

CUATRO MILLONES, SETECIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS SESENTA Y SIETE 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°

28363

Beneficiario:	POMARE CHRISTOPHER KARA JEAN		
	Cuenta No: 53017132863	Banco: BANCOLOMBIA	Cuenta de Ahorros
Concepto:	SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICOLOGA, PARA LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS OFICIALES AL SERVICIO DE LA SEC. EDUCACION OCTAVO Y ULTIMO PAGO DEL 18 DE SEPTIEMBRE AL 17 DE OCTUBRE DEL 2025		
	¥1\$BPIN:2024002880104\$CCPET:2.3.2.02.02.009\$CPC:91121\$PROD:2201080\$SECT:22.21.01\$POLI:0\$VALOR:38.954.392		
Valor Egreso:	4,747,567.00	Orden:	26065
Banco:	BANCO DE OCCIDENTE		
		Cuenta N°:	855835823

CUENTAS CONTABLES


COD. CUENTA	CONCEPTO	DEBITOS	CREDITOS
1110052317	No. 855-83582-3 Ingresos Corrientes de Libre Destinacion	0.00	4,747,567.00
249054	Honorarios	4,747,567.00	0.00
TOTALES		<u>4,747,567.00</u>	<u>4,747,567.00</u>

DISTRIBUCION PRESUPUESTAL

RUBRO	NOMBRE
04 - 2.3.22.6.1 - 200	2024002880104 - FORTALECIMIENTO DE LA CALIDAD EDUCATIVA A TRAVES DE ESTRATEGIA

DETALLE DE LIQUIDACION DE ORDEN No.26065

Descripción	%	Valor Base	Valor
Descuentos y otros recargos			
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR (Ord. 024/2014)	-0,50	4,869,299.00	-24.346,00
ESTAMPILLA PROCULTURA (Dec.043/07-Ordenanza 020/06)	-2,00	4,869,299.00	-97.386,00
		-S	121,732.00
		VALOR NETO S	4.747.567,00



IRIS LEVER STEELE
TESORERA GENERAL

PAGADOR

ANEXO COMPROBANTE DE EGRESO N° 28,363

No Nit	Beneficiario	Valor Neto	Cheque Girado	Información bancaria beneficiario			Firma
				Cuenta	Tipo Cuenta	Entidad Bancaria	
1	1123621161 POMARE CHRISTOPHER KARA JEAN	4,747,567.00		53017132863	de Ahorros	BANCOLOMBIA	
TOTAL		4,747,567.00					

Convenciones - * REP => Cheque Anulado Por Reposición

GOBERNACION DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA

NIT. 892400038-2
ORDEN DE PAGO

Vigencia Fiscal 2025

Orden de Pago No. 26065

28363

Lugar y Fecha: SAN ANDRES - 19-dic.-2025
 Tipo de Orden: HONORARIOS PAGO PARCIAL O FINAL
 Pagado a: POMARE CHRISTOPHER, KARA JEAN Nit/C.C.: 1123621161 NO RESPONSABL
 Documento: 01 Contrato de Prestación de Servicios 7461252
 Facturas:
 Concepto: SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICOLOGA, PARA LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS OFICIALES AL SERVICIO DE LA SEC. EDUCACION OCTAVO Y ULTIMO PAGO DEL 18 DE SEPT AL 17 DE OCT DEL 2025
 Programa: SECRETARIA DE EDUCACION

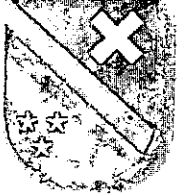

Registro Presupuestal: 755 Vigencia Registro: 2025 01 Contrato de Prestación de Servicios 7461252

Detalle Orden		Detalle Liquidación			
Imputación Presupuestal	Valor	Descripción	%	V. Base	Valor
04 - 2.3.22.6.1 - 200	4.869.299,00				
	\$ 4.869.299,00	Descuentos y otros recargos			
		ESTAMPILLA ADULTO MAYOR (O	-0,500	4,869,299,00	-24.346,00
		ESTAMPILLA PROCULTURA (Dec.	-2,000	4,869,299,00	-97.386,00
					\$-121.732,00
					\$ 4.747.567,00

Afectación Contable			
Cuenta	Débito	Crédito	Descripción
24403501	0.00	97.386.00	Estampilla Procultura 2%
2440350202	0.00	24.346.00	E.A.M. Otros Contratos 0.5%
249054	0.00	4.747.567.00	Honorarios
55010579	4.869.299.00	0.00	Honorarios
	4.869.299,00	4.869.299,00	

[Signature]
 CHARLES LIVINGSTON LIVINGSTON
 SECRETARIO DE HACIENDA

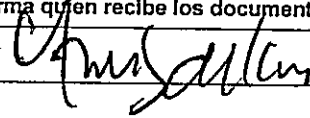
[Signature]
 ADRY CRISTINA REEVES POMARE
 CONTADOR DEPARTAMENTAL

	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 CO1.PCCNTR. 7461252 CD SED- 0433 -2025														
NOMBRE DEL CONTRATISTA Y/O CONVENIDO: KARA JEAN POMARE CHRISTOPHER														
NOMBRE DEL SUPERVISOR: RICARDO GORDON MAY														
DEPENDENCIA: SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEPARTAMENTAL														
REQUISITOS PARA PAGO FINAL														
1	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
	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													
		1	2	3	4	5	6	7	8		INFORME FINAL			
2	FACTURA O DOCUMENTO EQUIVALENTE											SI	NO	N.A
	(En el caso de factura de venta debe cumplir con los requisitos establecidos en el Art. 617 del Estatuto Tributario)													X
3	INFORME FINAL											SI	NO	N.A
	Debe Reposar en la Carpeta del Contrato y/o Convenio el Informe Final Escrito con todos los Soportes Financieros y Evidencias.											X		


El secretario 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: RICARDO GORDON MAY	Nombre: 
Cargo: SECRETARIO DE EDUCACIÓN	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 Secretaría de Hacienda NO PODRA autorizar pagos finales sin el presente documento debidamente firmado por los que en el actúan.

	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


EL SUSCRITO SECRETARIO DE EDUCACION DEL DEPARTAMENTO ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA

CERTIFICA

Que recibió a satisfacción del/la señor/a **KARA JEAN POMARE CHRISTOPHER** Identificado/a con cédula de ciudadanía N° **1.123.621.161**, las Obligaciones Específicas establecidas en Contrato de Prestación de Servicio N° **CO1.PCCNTR.7461252** del 2025, del Proceso Contractual No. **CE-SED-0433-2025**. Para efectos del pago correspondiente a (un mes y/o días) de servicio, suministro la siguiente información:

1. Información del Contrato

Objeto	Prestar sus servicios Profesionales como Psicóloga para las siguientes instituciones educativas Carmelo, Natania, Brockls Hill, Bolivarianos, Industrial, Sagrada Familia, Flowers Hill, Antonia Santos, Junín, María Inmaculada, Bomboná, del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina.
Periodo Certificado	18 de Septiembre al 17 de octubre de 2025
Informe Número	08
Fecha de Suscripción del contrato	12 de febrero de 2025
Fecha de Inicio	18 de febrero de 2025
Plazo inicial del Contrato	Ocho meses
Valor Inicial del Contrato	38.954.392
Forma y Condiciones de Pago	Ocho cuotas mensuales de \$4.869.299,00 consignada en cuenta
CDP (Certificado De Disponibilidad Presupuestal) No.	690
Rp (Registro Presupuestal) No.	755
VALOR A PAGAR	\$4.869.299.
Dirección del Contratista	San Luis diag. Entrada al Rancho
Correo Electrónico del Contratista	Karaj_online@hotmail.com
Nombre del Supervisor	RICARDO GORDON MAY

	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 4

MODIFICACIONES AL CONTRATO	
Modificadorio No:	
Tipo de Modificadorio	
Fecha	
Cláusula Modificada	
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: APLICA ___ NO APLICA ___

RIESGO ASEGURADO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	VALOR ASEGURADO

	GOBERNACIÓN DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA	Fecha de Aprobación: <u>27-10-2016</u>	Código: FO-EV-MC-07
	RECIBO A SATISFACCION	Versión: 01	Página 3 de 4

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
20/10/2025	90249767	4.869.299.	2.201.000.	276.100.	353.300..	1.600.

4. Cumplimiento de Ejecución Presupuestal

Valor Total de los pagos realizados a la fecha (\$)	%
\$ 29.215.794	75%

5. Observaciones

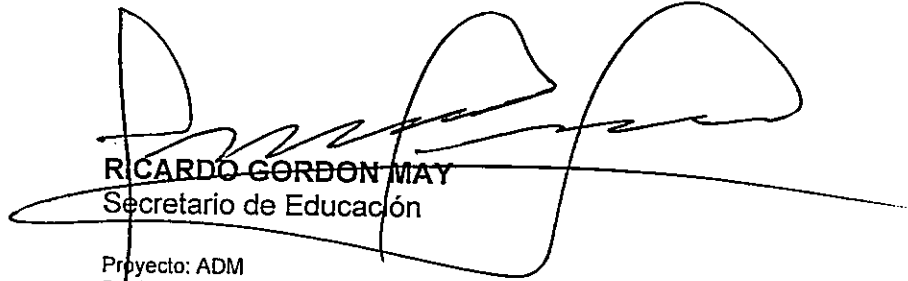
CUENTA FINAL

	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 4 de 4

6. Anexos

ANEXO	No. FOLIOS
PLANILLA DE SALUD	02

De conformidad a lo antes expuesto y para constancia se firma en San Andrés Isla, a los diecisiete (17) días del mes de diciembre de 2025



RICARDO GORDON MAY
Secretario de Educación

Proyecto: ADM
Revisó: RGM
Archivo: SE

PAG 1 de 2

DATOS DEL APORTANTE				DATOS DE LA PLANILLA			
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	FECHA PAGO (DIJES/BIJES)	NÚMERO PLANILLA
CC	1123821181	KARA JEAN POMARE CHRISTOPHER	SAN LUIS DIAGO ENTRADA AL RANCHO	6132111	kara_online@hotmail.com	20/10/2025	90249787
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	DIVISIÓN / MUNICIPIO	CÓDIGO	CORREO	PERIODO SALDO	TOTAL A PAGAR
UNICA	1 - Independiente	ARCHIPELAGO DE SA	SAN ANDRÉS			2025-09	\$641.000

DATOS DEL APORTANTE				DATOS DE LA PLANILLA			
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	FECHA PAGO (DIJES/BIJES)	NÚMERO PLANILLA
CC	1123821181	KARA JEAN POMARE CHRISTOPHER	SAN LUIS DIAGO ENTRADA AL RANCHO	6132111	kara_online@hotmail.com	20/10/2025	90249787
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	DIVISIÓN / MUNICIPIO	CÓDIGO	CORREO	PERIODO SALDO	TOTAL A PAGAR
UNICA	1 - Independiente	ARCHIPELAGO DE SA	SAN ANDRÉS			2025-09	\$641.000

TOTALES POR SUBSISTEMAS

Código EPS	Nombre	NIT	Colización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades	Exonerado PAGO PARAFISCALES Y SALUD	Valor	No. Autorización	Valor	Licencia Maternidad	Días Mora	Valor Mora Colización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
EPSAOS	Santas EPS	800251440-8	276.200	0	0	NO	0	0	0	0	5	900	0	276.100	1
TOTALES PENSIÓN															
Código AFP	Nombre	NIT	Colización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades	Exonerado PAGO PARAFISCALES Y SALUD	Valor	No. Autorización	Valor	Licencia Maternidad	Días Mora <td>Valor Mora Colización</td> <td>Valor Mora UPC</td> <td>Total a Pagar</td> <td>No. Afiliados</td>	Valor Mora Colización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colombiana	800251440-7	352.200	0	0	NO	0	0	0	0	5	900	0	353.300	1
TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Colización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades	Exonerado PAGO PARAFISCALES Y SALUD	Valor	No. Autorización	Valor	Licencia Maternidad	Días Mora <td>Valor Mora Colización</td> <td>Valor Mora UPC</td> <td>Total a Pagar</td> <td>No. Afiliados</td>	Valor Mora Colización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
14-23	Positiva Seguros	80011185-8	11.600	0	0	NO	0	0	0	0	5	900	0	11.600	1
TOTALES CAJAS															
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aportes	Días Mora	Valor Mora Aportes	Total a Pagar	No. Afiliados								
	Hombre														

Código AFP	Nombre	NIT	Aportes FBP - Substancia	Días Mora	Valor Mora Colización	Valor Mora PFP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colombiana	800251440-7	0	5	1.100	0	353.300	1
TOTALES RIESGOS LABORALES								
Código ARL	Nombre	NIT	Aportes FBP - Substancia	Días Mora	Valor Mora Colización	Valor Mora PFP	Total a Pagar	No. Afiliados
14-23	Positiva Seguros	80011185-8	0	5	1.100	0	11.600	1
TOTALES CAJAS								
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aportes	Días Mora	Valor Mora Aportes	Total a Pagar	No. Afiliados	
	Hombre							

TOTALES PARAFISCALES		TOTALES POR SUBSISTEMA	
Valor Aportes	Valor Mora Aportes	No. Administradora	Valor antes de ICE, LMA, RFP y Mora
0	0	Salud	276.100
0	0	Pensión	352.200
0	0	Riesgos Laborales	11.600
0	0	CCF	0
0	0	ESAP	0
0	0	ICBF	0
0	0	MEN	0
0	0	SENA	0
TOTALES		TOTALES	641.000

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

