

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

**LA SUSCRITA SECRETARIA DE LA MUJER EQUIDAD Y GÉNERO DEL  
 DEPARTAMENTO ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA  
 CATALINA**

**CERTIFICA**

Que recibió a satisfacción del/la señor/a **MARIO ANDRES MULFORD SAADE** Identificado/a con cédula de ciudadanía N° **1140864996**, las Obligaciones Específicas establecidas en Contrato de Prestación de Servicio N° **CO1.PCCNTR. 8618828** del 2025, del Proceso Contractual No. **CD-SME-4532-2025**. Para efectos del pago correspondiente a (un mes) de servicio, suministro la siguiente información:

**1. Información del Contrato**

<b>Objeto</b>	Prestación De Servicios Profesionales Como Abogado Especialista Al Servicio De La Secretaria De La Mujer Y Equidad De Genero De La Gobernación Departamental.
<b>Periodo Certificado</b>	Noviembre 25 A diciembre 24 De 2025
<b>Informe Número</b>	01
<b>Fecha de Suscripción del contrato</b>	21/11/2025
<b>Fecha de Inicio</b>	25/11/2025
<b>Plazo inicial del Contrato</b>	01 mes
<b>Valor Inicial del Contrato</b>	\$ 5.652.467
<b>Forma y Condiciones de Pago</b>	Un pago por valor de \$ 5.652.467 .
<b>CDP (Certificado De Disponibilidad Presupuestal) No.</b>	7078
<b>Rp (Registro Presupuestal) No.</b>	7014
<b>VALOR A PAGAR</b>	<b>\$ 5.652.467 .</b>
<b>Dirección del Contratista</b>	Los almendros
<b>Correo Electrónico del Contratista</b>	MULFORD14.MM@GMAIL.COM
<b>Nombre del Supervisor</b>	<b>VANESSA PATRICIA PRADA ALDANA</b>

MODIFICACIONES AL CONTRATO	
<b>Modificadorio No:</b>	
<b>Tipo de Modificadorio</b>	
<b>Fecha</b>	
<b>Cláusula Modificada</b>	
<b>Resumen del Modificadorio</b>	
<b>Valor final (+ Modificadorio)</b>	

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

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 \_\_\_

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

## 4. Cumplimiento de Ejecución Presupuestal

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

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

#### 5. Observaciones

Unico pago

#### 6. Anexos

ANEXO	No. FOLIOS
Certificado de salud Certificado porvenir Certificado de arl Certificado de banco	04

De conformidad a lo antes expuesto y para constancia se firma en San Andrés Isla, a los cinco (05) días del mes de enero de 2026.

  
**Vanessa Prada Aldana**  
Secretaría De La Mujer Y Equidad De Género

	<b>GOBERNACIÓN</b> DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA	Fecha de Aprobación: 08-06-2016	Código: FO-EV-MC-05
	<b>FORMATO INFORME</b>	Versión: 01	Página 1 de 3


1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO			
<b>Contratista</b>	MARIO ANDRES MULFORD SAADE	C.C.	1.140.864.996
<b>Año</b>	2025	No Contrato	CD-SME-4532-2025 CO1.PCCNTR. 8618828
<b>Objeto</b>	Prestación De Servicios Profesionales Como Abogado Especialista Al Servicio De La Secretaria De La Mujer Y Equidad De Género De La Gobernación Departamental.		
<b>Periodo del Informe</b>	<b>Desde:</b>	<b>25 de noviembre</b>	<b>Hasta:</b> <b>24 de diciembre</b>

2. ACTIVIDADES EJECUTADAS	
Ítem	Actividad
1	<b>Asesoría jurídica en proyectos de políticas públicas realizados en la secretaria de la mujer y equidad de género.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se brindó asesoría jurídica durante la formulación de los lineamientos técnicos para la política pública de mujeres, analizando la coherencia normativa.</li> <li>• Seguimiento y revision legal de los protocolos de actuación intersectorial, que incluyen salud, comisarías, policía y justicia. El objetivo fue verificar el cumplimiento de la Ley 1257 de 2008, el Decreto 4799 de 2011 y otras normativas relacionadas con la atención integral, la protección inmediata y la confidencialidad.</li> </ul>
2	<b>Brindar apoyo en la gestión de supervisión de contratos cuyo supervisor sea la secretaria de la mujer cuando esta lo requiera</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se brinda asesoría sobre las obligaciones jurídicas asignadas por el supervisor.</li> </ul>

	<b>GOBERNACIÓN</b>	Fecha de Aprobación: 08-06-2016	Código: FO-EV-MC-05
	DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA	Versión: 01	Página 2 de 3
<b>FORMATO INFORME</b>			

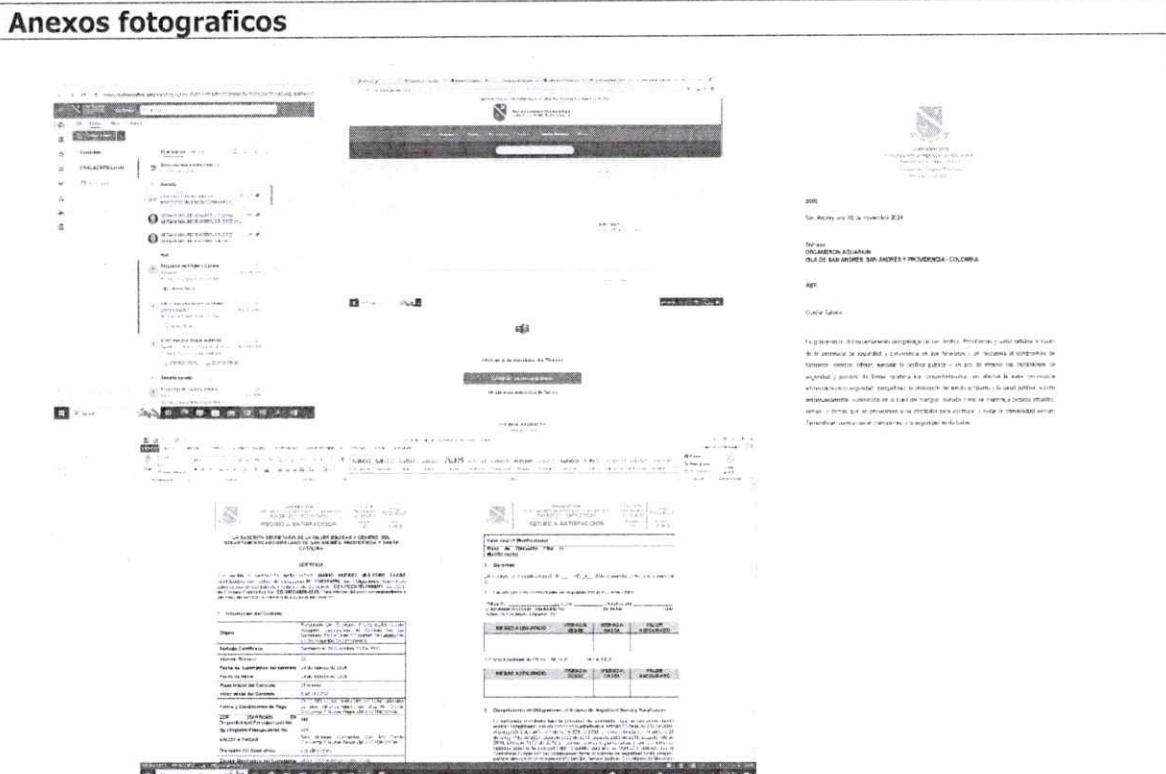
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Seguimiento a los cronogramas de actividades del plan de acción de la secretaria el cual se realiza según el plan de desarrollo.</li> </ul>
<b>3</b>	<b>Proyectar y revisar cuando se requiera actos administrativos que hagan parte de la gestión contractual de la secretaria de la mujer</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realicé la proyección de respuestas a Derechos de petición de la comunidad, memorandos internos y oficios recibidos por parte de entidades externas de la Secretaria de la Mujer y Equidad de Género.</li> <li>Revisión y proyección de correos dando respuesta a solicitudes asignadas por el supervisor.</li> </ul>
<b>4</b>	<b>Apoyar a la Secretaría de Mujer y Equidad de Género en las actividades a realizarse cuando así sea requerida por la secretaria.</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conexión a reuniones virtuales asignados por el supervisor.</li> <li>Verificación y supervisión de memorandos realizados por grupo de apoyo jurídico de la secretaria, con el fin de brindar respuesta a las solicitudes allegadas a la secretaria.</li> <li>Revisión y proyección en respuesta de tutela radicada por el programa e control doc</li> <li>Revisión y proyección de respuesta de petición, trasladada por la secretaria de desarrollo social.</li> <li>Apoyo en revisión a proceso de estrategia realizado bajo la secretaria</li> <li>Apoyo en la revisión y verificación a los casos de Solicitud de OCCRE por Convivencia, en relación las solicitudes de permiso para salidas de la Isla.</li> <li>Apoyo en la revision de procesos contractuales realizados en el mes de noviembre bajo a secretaria.</li> <li>Apoyo en la elaboración de actas de liquidación en procesos de pago final</li> </ul>

### 3. ANEXOS

	<b>GOBERNACIÓN</b> DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA	Fecha de Aprobación: 08-06-2016	Código: FO-EV-MC-05
	<b>FORMATO INFORME</b>	Versión: 01	Página 3 de 3

Certificado de salud  
 Pension  
 Banco  
 arl

**Anexos fotograficos**



REGISTRO A BASTIENCIÓN

Nombre: [ ]  
 Fecha: [ ]  
 Lugar: [ ]  
 Otros Datos: [ ]

NOMBRE	FECHA	LUGAR	OTROS DATOS
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

En constancia de lo anterior, se firma el presente informe el día (05) de enero del 2026.

*Mario Mulford Saade*

**Contratista**

**MARIO ANDRES MULFORD SAADE**  
 CC. 1.140.864.996

*Vanessa Prada Aldana*

**Supervisor**

**VANESSA PRADA ALDANA**  
 Secretaria de la Mujer y Equidad de Genero

Bogotá, Enero / 5 de 2026

**Salud Total** EPS

Señor (a): MARIO ANDRES MULFORD SAADE  
CC. 1140864996  
CR 64 D 86 173  
BARRANQUILLA

**Referencia: Certificado de afiliación a Salud Total EPS-S S.A.**

Reciba un Cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S SA,

Por medio de la presente, nos permitimos certificar que, a la fecha de expedición de la presente comunicación, registra en nuestras bases de datos su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS-S S.A., la cual se realizó a partir de Abril / 1 de 2013, y su estado afiliación es Activo como COTIZANTE.

**CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADO.**

En Salud Total EPS-S S.A. apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con calidad total. Escucharte es la manera de mejorar nuestro servicio por eso conoce los canales por los cuales puedes generar certificaciones. Ingresa a la APP Salud Total EPS-S opción certificaciones o [www.saludtotal.com.co](http://www.saludtotal.com.co) Oficina Virtual, portal transaccional.

Cualquier información adicional, con gusto será atendida a través del enlace **Te Escuchamos en [www.saludtotal.com.co](http://www.saludtotal.com.co)** o puede comunicarse con nuestra línea 018000114524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

**GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL  
SALUD TOTAL EPS-S S.A.**

Elaboró: *Oficina Virtual*

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el estado actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación y siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.



COLFONDOS ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS  
NIT 800.149.496-2

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) MARIO ANDRES MULFORD SAADE, identificado(a) con C.C 1.140.864.996, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6 y al Fondo Cesantias NIT 800.198.644-5.

Se expide la presente certificación a la fecha 05 de enero de 2026.

El presente certificado emitido contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional [www.colfondos.com.co](http://www.colfondos.com.co) opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.

Juan Perea Ruiz  
Gerente Cuentas y Recaudo