2025 -12 -23 **6,217,202.00**

BARRETO HERNANDEZ DALILA ISABEL

SEIS MILLONES DOSCIENTOS DIECISIETE MIL DOSCIENTOS DOS PESOS M/CTE

GOBERNACION DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA

CALLE 20 NRO 13 22
NIT. 892400038-2
SAN ANDRES
Fecha : 23/12/2025

COMPROBANTE DE EGRESO N° **28605**

Beneficiario: 1045681510 - BARRETO HERNANDEZ DALILA ISABEL
Cuenta No: 91211577849 **Banco:** BANCOLOMBIA Cuenta de Ahorros

Concepto : ADICION CTO 7521098;SERVICIOS PROFESIONALES COMO ASESOR EXTERNO EN CALIDAD DE ABOGADO ESPECIALISTA PARA APOYAR LAS ACTIVIDADES JURIDICAS Y DE GESTION PUBLICA QUE ADELANTE LA SEC. PRIVADA DE LA GOBERNACION DPTAL. DECIMO INFORME FINAL DEL 20 DE NOVIEMBRE AL 19 DICIEMBRE DEL 2025.

¥1§CCPET:2.1.2.02.02.008§CPC:82199§PROD:0§VALOR:13.020.318

Valor Egreso: 6,217,202.00 **Orden:** 26306

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	6,217,202.00
249054	Honorarios	6,217,202.00	0.00
	TOTALES	**6,217,202.00**	**6,217,202.00**

DISTRIBUCION PRESUPUESTAL

RUBRO	NOMBRE
03 - 2.1.2.2.2.8.90.10 - 200	Despacho Del Gobernador - Servicios prestados a las empresas y servicios de producción

DETALLE DE LIQUIDACION DE ORDEN No.26306

Descripción	%	Valor Base	Valor
Descuentos y otros recargos			
ESTAMPILLA PROCULTURA (Dec.043/07-Ordenanza 020/06)	-2,00	6,510,159.00	-130.203,00
ESTAMPILLA PRO-UNAL (Ord. 003-2023) >96uvt 2025 $4.780.704	-2,00	6,510,159.00	-130.203,00
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR (Ord. 024/2014)	-0,50	6,510,159.00	-32.551,00
		-$	**292,957.00**
		VALOR NETO $	**6.217.202,00**

IRIS LEVER STEELE
TESORERA GENERAL

PAGADOR

ANEXO COMPROBANTE DE EGRESO N° 28,605

No Nit	Beneficiario	Valor Neto Cheque Girado	Información bancaria beneficiario			Firma
			Cuenta	Tipo Cuenta	Entidad Bancaria	
1 1045681510	BARRETO HERNANDEZ DALILA ISABEL	6,217,202.00	91211577849	de Ahorros	BANCOLOMBIA	
	TOTAL	**6,217,202.00**				

Convenciones - * REP => Cheque Anulado Por Reposición

Elaboro: ASMITCHELL

COPIA

PCT Enterprise

GOBERNACION DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA

NIT. 892400038-2

ORDEN DE PAGO

Vigencia Fiscal 2025 **Orden de Pago No. 26306**

Lugar y Fecha: SAN ANDRES 22-dic.-2025
Tipo de Orden: HONORARIOS
Pagado a: BARRETO HERNANDEZ DALILA ISABEL **Nit/C.C. :** 1045681510 NO RESPONSABL
Documento_: 01 Contrato de Prestación de Servicios adic.01-7521098
Facturas:
Concepto: ADICION CTO 7521098;SERVICIOS PROFESIONALES COMO ASESOR EXTERNO EN CALIDAD DE ABOGADO ESPECIALISTA PARA APOYAR LAS ACTIVIDADES JURIDICAS Y DE GESTION PUBLICA QUE ADELANTE LA SEC. PRIVADA DE LA GOBERNACION DPTAL.
DECIMO INFORME FINAL DEL 20 DE NOVIEMBRE AL 19 DICIEMBRE DEL 2025.
¥1§CCPET:2.1.2.02.02.008§CPC:82199§PROD:0§VALOR:13.020.318
Programa: SECRETARÍA PRIVADA

Registro Presupuestal: **5686** Vigencia Registro: **2025** 01 Contrato de Prestación de Servicios : adic.01-7521098

Detalle Orden

Imputación Presupuestal	Valor
03 - 2.1.2.2.2.8.90.10 - 200	6.510.159,00
	$ 6.510.159,00

Detalle Liquidación

Descripción	%	V. Base	Valor
Descuentos y otros recargos			
ESTAMPILLA PROCULTURA (Dec	-2,000	6,510,159.00	-130.203,00
ESTAMPILLA PRO-UNAL (Ord. 003	-2,000	6,510,159.00	-130.203,00
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR (O	-0,500	6,510,159.00	-32.551,00
			$-292.957,00
			$ 6.217.202,00

Afectación Contable

Cuenta	Débito	Crédito	Descripción
24403501	0.00	130.203.00	Estampilla Procultura 2%
2440350202	0.00	32.551.00	E.A.M. Otros Contratos 0.5%
24403504	0.00	130.203.00	Estampilla pro-UNAL 2%
249054	0.00	6.217.202.00	Honorarios
511179	6.510.159.00	0.00	Honorarios
	6.510.159,00	6.510.159,00	

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.

PROCESO N°: CD-SPR-0609-2025

CONTRATO Y/O CONVENIO N°: CO1.PCCNTR.7521098 DE 2025

NOMBRE DEL CONTRATISTA Y/O CONVENIDO: DALILA ISABEL BARRETO HERNANDEZ

NOMBRE DEL SUPERVISOR: CLAUDIA PATRICIA CIFUENTES ROBLES

DEPENDENCIA: SECRETARÍA PRIVADA

	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	X		
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 X 11 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

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: CLAUDIA PATRICIA CIFUENTES ROBLES	Nombre: Camilo C.
Cargo: SECRETARIA PRIVADA	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.

Con fundamento en el certificado presentado para la evaluación de la supervisión, el suscrito supervisor certifica el cumplimiento de las obligaciones contraídas por el (Contrato, Convenio, Orden de Servicio, Otro Si, etc.) de acuerdo a la información relacionada a continuación:

1. Identificación del Contrato, Convenio, Orden de Servicio, Otro Sí.	
Contratante	GOBERNACION DEPARTAMENTAL
Representante Legal	NICOLÁS IVÁN GALLARDO VASQUEZ (Gobernador)
Identificación	NIT. **892400038-2**
Fecha Inicio	20 DE FEBRERO DE 2025
Número del Proceso	**CD-SPR-0609-2025**
Número del Contrato	**CO1.PCCNTR.7521098 DE 2025**
Supervisor	CLAUDIA CIFUENTES ROBLES, Secretaria Privada
Tipo de contrato	PRESTACION DE SERVICIOS
Objeto del Contrato o Convenio	
Prestación de Servicios Profesionales como asesor externo, en calidad de Abogado Especialista para apoyar las actividades jurídicas y de gestión pública que adelante la Secretaría Privada de la Gobernación del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina.	
2. Plazo inicial de ejecución: Ocho (08) meses	
3. Prorrogas: **SI** ■ **NO** ☐	
4. Adiciones: **SI** ■ **NO** ☐	
5. Fecha de terminación: 19/12/2025	
6. Valor inicial: $52.081.272	
7. Valor Adición: $13.020.318	
8. Valor final: $65.101.590	
9. El contrato tuvo otras modificaciones SI ☐ **NO** ■	
10. En caso positivo, señalar los documentos de modificación	
11. Informe sobre el desarrollo y cumplimiento de las actividades contratadas En cuanto al cumplimiento de las actividades contractuales, encontramos que dentro del plazo y valor ejecutado, el contratista cumplió a cabalidad con el Objeto y las Obligaciones contractuales establecidas, lo cual se puede constatar en los informes mensuales (10 en total), entregados por el contratista. Dentro de las principales actividades ejecutadas por el contratista se encuentran el acompañamiento y apoyo en la revisión jurídica de los procesos contractuales en sus diferentes etapas: precontractual, contractual y postcontractual de las diferentes dependencias de la Gobernación, apoyo en la proyección de respuesta a oficios y peticiones, revisión y proyección de actos administrativos, entre otros.	
Naturaleza de la Entidad contratista	**Natural** ■ **Juridica** ☐
Pólizas	**N/A**
Fecha de inicio, suspension reinicio	**20/02/2025**
Fecha final	**19/12/2025**

Certificados	Numero	Secretaria Ejecutora	Fecha	Valor
Disponibilidad Presupuestal	**993**	Secretaría Privada	13/02/2025	**$ 52.081.272**
	5785		15/10/2025	**$ 13.020.318**
Registro Presupuestal	**874**	Secretaría Privada	20/02/2025	**$ 52.081.272**
	5686		17/10/2025	**$ 13.020.318**
Documentos Soportes	**informe**			
Observaciones	**Ninguna.**			

Balance Financiero					
Valor total contratado	**$65.101.590**				
	Valor	**Egreso**	**Fecha**	**orden**	**Fecha**
Pagos efectuados al contrato según egreso No.	$6.510.159 $6.510.159 $6.510.159 $6.510.159 $6.510.159 $6.510.159 $6.510.159 $6.510.159 $6.510.159	6226 7176 7177 12558 13058 19439 21776 27706	2025/05/09 2025/05/27 2025/05/27 2025/07/18 2025/07/24 2025/09/19 2025/10/10 2025/12/17	5097 6113 6114 11188 11717 17832 20009 25452 26627	2025/05/08 2025/05/26 2025/05/26 2025/07/17 2025/07/23 2025/09/19 2025/10/09 2025/12/16 2025/12/17
Valor total ejecutado	**$65.101.590**				
Valor total pagado	**$58.591.431**				
Aporte del departamento	**$65.101.590**				
Aporte contrapartida	**$0**				
Saldo a favor	**$0**				
Saldo a pagar	**$6.510.159**				
Total ejecutado	**$65.101.590**				
Saldo a liberar	**$0**				
Recursos No ejecutados consignados al tesoro (Si aplica)	**N/A**				
Rendimientos financieros consignados al tesoro (si aplica)	**N/A**				

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 contratista en medio impreso 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 19 días del mes de Diciembre de 2025

Nombre del Supervisor: CLAUDIA PATRICIA CIFUENTES ROBLES

Cargo del Supervisor: SECRETARIA PRIVADA.

Firma del Supervisor _____

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

CERTIFICA

Que recibió a satisfacción del/la señor/a **DALILA ISABEL BARRETO HERNANDEZ** Identificado/a con cédula de ciudadanía N° **1.045.681.510**, las Obligaciones Específicas establecidas en Contrato de Prestación de Servicio N° **CO1.PCCNTR.7521098** del 2025, del Proceso Contractual No. **CD-SPR-0609-2025**. Para efectos del pago correspondiente a Un (01) mes de servicio, suministro la siguiente información:

1. Información del Contrato

Objeto	Prestación de Servicios Profesionales como asesor externo, en calidad de Abogado Especialista para apoyar las actividades jurídicas y de gestión pública que adelante la Secretaría Privada de la Gobernación del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina
Periodo Certificado	20 de Noviembre al 19 de Diciembre del 2025
Informe Número	Diez (10)
Fecha de Suscripción del contrato	19 de Febrero de 2025
Fecha de Inicio	20 de Febrero de 2025
Plazo inicial del Contrato	Ocho (08) meses
Valor Inicial del Contrato	$52.081.272
Forma y Condiciones de Pago	LA GOBERNACIÓN realizará el pago del valor del contrato en ocho (08) cuotas mensuales por valor cada una de **SEIS MILLONES QUINIENTOS DIEZ MIL CIENTO CINCUENTA Y NUEVE PESOS ($6.510.159) M/CTE.** El pago se realizará mes vencido previa certificación del Supervisor de la prestación del servicio, y la realización de los pagos de seguridad social y las estampillas e impuestos a que haya lugar
CDP (Certificado De Disponibilidad Presupuestal) No.	993
Rp (Registro Presupuestal) No.	874
VALOR A PAGAR	**$6.510.159**
Dirección del Contratista	Calle 58 #38-107
Correo Electrónico del Contratista	dalilabarreto_17@hotmail.com
Nombre del Supervisor	**CLAUDIA PATRICIA CIFUENTES ROBLES**

MODIFICACIONES AL CONTRATO	
Modificatorio No:	001 – Versión 2
Tipo de Modificatorio	Adición y Prórroga
Fecha	17 de Octubre de 2025
Cláusula Modificada	Valor, Plazo y Forma de Pago
Resumen del Modificatorio	Se adicionaron Dos (2) meses al Plazo del contrato inicial y un valor de $13.020.318 al valor inicial del contrato. CDP adicional #5785. RP adicional #5686
Valor final (+ Modificatorio)	$65.101.590
Plazo de Ejecución Final (+ Modificatorio)	Diez (10) meses

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
2025/12/16	9496514348	6´510.159	2.604.067	328.300	420.200	13.800

4. Cumplimiento de Ejecución Presupuestal

Valor Total de los pagos realizados a la fecha ($)	%
$58´591.431	90%

5. Observaciones

Con cargo al adicional CDP #5785. RP #5686 ULTIMO PAGO

6. Anexos

ANEXO	No. FOLIOS
Planilla de pago salud, pensión, ARL	1
Informe	4
Certificado de Supervisión	1
Certificado Pago Final	1

De conformidad a lo antes expuesto y para constancia se firma en San Andrés Isla, a los diecinueve (19) días del mes de diciembre de 2025

CLAUDIA PATRICIA CIFUENTES ROBLES
Secretaria Privada

Proyecto: V. Correal
Reviso: C. Cifuentes
Archivo: Expediente del Contrato

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 1045681510		BARRETO HERNANDEZ DALILA ISABEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 58 # 38 - 107	BARRANQUILLA-ATLANTICO	5555555	No

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	Código	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$2,604,067	$416,700			$2,604,067	$325,600			$0	$0			$2,604,067		$13,600		$0	$0		$755,900
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$2,604,067	$416,700			$2,604,067	$325,600			$0	$0			$2,604,067		$13,600		$0	$0		$755,900
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)																					$2,604,067	$416,700			$2,604,067	$325,600			$0	$0			$2,604,067		$13,600		$0	$0		$755,900
1	CC	1045681510	BARRETO DALILA																23030 1	30	$2,604,067	$416,700	EPS010	30	$2,604,067	$325,600		0	$0	$0	14-23	30	$2,604,067	0.522%	$13,600	0	$0	$0	No	$755,900
Total	**Afiliados(1)**																				$2,604,067	$416,700			$2,604,067	$325,600			$0	$0			$2,604,067		$13,600		$0	$0		$755,900

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11	2013146721	9496514348	I	2025/12/03	2025/12/16	BANCO CAJA SOCIAL	13	$762,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$416,700	$3,500	$0	$420,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$416,700	$3,500	$0	$420,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$13,600	$200	$0	$13,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$13,600	$200	$0	$13,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$325,600	$2,700	$0	$328,300
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$325,600	$2,700	$0	$328,300
TOTAL				1	$755,900	$6,400	$0	$762,300