2025 -12 -23 **3,133,399.00**

LICONA FONTALVO SANDRA MILENA

321

TRES MILLONES CIENTO TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y NUEVE 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° **28323**

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 INFORME DE PAGO 04 FINAL DE LA CUENTA DEL 14 DE NOVIEMBRE AL 30 DE NOVIEMBRE 2025 (SE AJUSTA VALOR AL SALDO DEL RP)

¥1§CCPET:2.3.2.02.02.008§CPC:85999§PROD:1903038§ VALOR:22.118.132REINTEGRADO$2.396.134
SEGUN MEMORANDO 3261 DEL 11DICIEMBRE2025 A SOLICITUD SEC. SALUD-YENDI KELLY FORBES

Valor Egreso: 3,133,399.00 **Orden:** 26039

Banco: BANCO BOGOTA **Cuenta N° :** 540-09335-8

CUENTAS CONTABLES

COD. CUENTA	CONCEPTO	DEBITOS	CREDITOS
1110060106	No. 540-09335-8 Salud Publica	0.00	3,133,399.00
24800401	Acciones SP Honorarios	3,133,399.00	0.00
	TOTALES	**3,133,399.00**	**3,133,399.00**

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 N° 28,323

No Nit	Beneficiario	Valor Neto	Cheque Girado	Información bancaria beneficiario			Firma
				Cuenta	Tipo Cuenta	Entidad Bancaria	
40993936	LICONA FONTALVO SANDRA MILENA	3,133,399.00		855834511	de Ahorros	BANCO DE OCCIDE	
	TOTAL	**3,133,399.00**					

Convenciones - * REP => Cheque Anulado Por Reposición

Elaboro: EGARCIA

COPIA

GOBERNACION DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA

NIT. 892400038-2

ORDEN DE PAGO

321

Vigencia Fiscal 2025

Orden de Pago No. 26039

Lugar y Fecha: SAN ANDRES 19-dic.-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 Nº 855834511 - BANCO DE OCCIDENTE -Corriente

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 INFORME DE PAGO 04 FINAL DE LA CUENTA DEL 14 DE NOVIEMBRE AL 30 DE NOVIEMBRE 2025 (SE AJUSTA VALOR AL SALDO DEL RP)

¥1§CCPET:2.3.2.02.02.008§CPC:85999§PROD:1903038§ VALOR:22.118.132REINTEGRADO$2.396.134
SEGUN MEMORANDO 3261 DEL 11DICIEMBRE2025 A SOLICITUD SEC. SALUD-YENDI KELLY FORBES

Programa: SECRETARÍA 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	3.133.399,00
	$ 3.133.399,00

Detalle Liquidación

Descripción	%	V. Base	Valor

$ 3.133.399,00

Afectación Contable

Cuenta	Débito	Crédito	Descripción
24800401	0.00	3.133.399.00	Acciones SP Honorarios
5502057901	3.133.399.00	0.00	Honorarios-Salud publica
	3.133.399,00	3.133.399,00	

CHARLES LIVINGSTON LIVINGSTON
SECRETARIO DE HACIENDA

ADRY CRISTINA REEVES POMARE
CONTADOR DEPARTAMENTAL

GOBERNACION DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA

Nit. 892400038-2

Vigencia	No Orden	Estado Orden	No Egreso	Fec. Egreso	Nit	Nombre	Valor Total	Valor Neto	Saldo
2025	19986	PAGADA	21763	10/10/2025	40993936	LICONA FONTALVO SANDRA	$5,529,533.00	$5,529,533.00	$0.00
2025	21761	PAGADA	23602	31/10/2025	40993936	LICONA FONTALVO SANDRA	$5,529,533.00	$5,529,533.00	$0.00
2025	23648	PAGADA	25689	25/11/2025	40993936	LICONA FONTALVO SANDRA	$5,529,533.00	$5,529,533.00	$0.00
2025	26039	APROBADA			40993936	LICONA FONTALVO SANDRA	$3,133,399.00	$3,133,399.00	$0.00
						Totales	$ 19,721,998.00	$ 19,721,998.00	$ 0,000.00

GOBERNACION DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA

NIT. 892400038-2

ORDEN DE PAGO

Vigencia Fiscal **2025** **Orden de Pago No.** **25983**

Lugar y Fecha: SAN ANDRES 19-dic.-2025
Tipo de Orden: HONORARIOS PAGO PARCIAL O FINAL
Pagado a: CETRE THYME JUAN FELIX **Nit/C.C. :** 1143879465 NO RESPONSABL
Información Bancaria: Cuenta Bancaria Nº 34800031933 - BANCOLOMBIA -Ahorros
Documento_: 01 Contrato de Prestación de Servicios ADIC.-7345427
Facturas:
Concepto: SERVICIOS PROFESIONALES COMO ABOGADO AL SERVICIO DE LA OFICINA ASSORA JURIDICA INFORME 11 FINAL DEL 1 AL 19 DE DICIEMBRE 2025 POR $2.997.116

¥1§BPIN:0§CCPET:2.1.2.02.02.008§CPC:82120§PROD:0§SECT:0§VALOR:1.198.846
Programa: OFICINA ASESORA JURIDICA

Registro Presupuestal: **7883** Vigencia Registro: **2025** 01 Contrato de Prestación de Servicios : ADIC.-7345427

Detalle Orden

Imputación Presupuestal	Valor
03 - 2.1.2.2.2.8.90.19 - 200	1.198.846,00
	$ 1.198.846,00

Detalle Liquidación

Descripción	%	V. Base	Valor
Descuentos y otros recargos			
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR (O	-0,500	1,198,846.00	-5.994,00
ESTAMPILLA PROCULTURA (Dec	-2,000	1,198,846.00	-23.977,00
			$-29.971,00
			$ 1.168.875,00

Afectación Contable

Cuenta	Débito	Crédito	Descripción
24403501	0.00	23.977.00	Estampilla Procultura 2%
2440350202	0.00	5.994.00	E.A.M. Otros Contratos 0.5%
249054	0.00	1.168.875.00	Honorarios
510801	1.198.846.00	0.00	Remuneración por servicios técnicos
	1.198.846,00	1.198.846,00	

CHARLES LIVINGSTON LIVINGSTON
SECRETARIO DE HACIENDA

ADRY CRISTINA REEVES POMARE
CONTADOR DEPARTAMENTAL

IMPRIMIO : Adry Reeves

Contabilidad 26039

106

	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- 8188920-CD-SSA 3483-2025

NOMBRE DEL CONTRATISTA Y/O CONVENIDO: SANDRA MILENA LICONA FONTALVO

NOMBRE DEL SUPERVISOR: YENDI KELLY FORBES

DEPENDENCIA: SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

REQUISITOS PARA PAGO FINAL

		SI	NO	N.A
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:**			
	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 X 5 6 7 8 9 INFORME FINAL			
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:	**Nombre**
Cargo:	**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 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 Sí, etc.) de acuerdo con la información relacionada a continuación:

1. Identificación del Contrato, Convenio, Orden de Servicio, Otro Sí.	
Contratante	GOBERNACION DEL DEPARTAMENTO ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA
Representante Legal	NICOLAS GALLARDO VASQUEZ
Identificación	892400038-2
Fecha Inicio	14 DE AGOSTO DE 2025
Número del contrato	CO1.PCCNTR- 8188920 DE 2025
Supervisor	YENDI KELLY FORBES
Tipo de contrato	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES
Objeto del Contrato o Convenio	
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	

2. Cumplimiento e impacto del objeto contrato.
2.1 Informe de desarrollo del objeto contractual con periodicidad que permitan definir el avance de ejecución
2.2. Informe Final

3. **Plazo inicial de ejecución:** día/mes/año 14/08/2025

4. **Prorrogas:** **SI** ☐ **NO X** ☑

5. **Adiciones:** **SI** ☐ **NO X** ☐

6. **En caso positivo,** por favor señalar los otros sí suscritos con las prórrogas y/o adiciones,

Ejemplo: **Otro Sí: Se prorroga el contrato hasta el día/mes/año**
Se adiciono la suma de $

7. **Fecha de terminación** día/mes/año 30/11/2025

8. **Valor inicial $ 22.118.132 M/CTE**

9. **Valor final $19.722.005**

10. **El contrato tuvo otras modificaciones SI** ☐ **NO X** ☑

11. **En caso positivo,** señalar los documentos de modificación

12. 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 X** ☐ **Juridica** ☐
Pólizas	**NO APLICA**
Publicación	**SI**
Fecha de inicio, suspension reinicio	**14/08/2025**
Fecha final	**30/11/2025**

Certificados	Numero	Secretaria Ejecutora	Fecha	Valor
Disponibilidad Presupuestal	4809		24/07/2025	**$ 22.118.132**

Certificados	Numero	Secretaria Ejecutora	Fecha	Valor
Disponibilidad Presupuestal	4809		24/07/2025	**$ 22.118.132**
Registro Presupuestal	4813		13/08/2025	**$ 22.118.132**
Documentos Soportes				
Observaciones				

Balance Financiero					
Valor total contratado	**$ 22.118.132**				
Pagos efectuados al contrato según egreso No - Dia/Mes/Año	$	$	$	$	4
Valor total ejecutado	$	$	$	$	$ 22.118.132
Valor total pagado	$	$	$	$	$19.721.998
Aporte del departamento	$	$	$	$	100%
Aporte contrapartida	NA	NA	NA	NA	N/A
Saldo a favor	$	$	$	$	$0
Saldo a liberar	$	$	$	$	$2.396.134
Total ejecutado	$	$	$	$	$19.721.998
Saldo a liberar					0
Recursos No ejecutados consignados al tesoro (Si aplica)					0
Rendimientos financieros consignados al tesoro (si aplica)					0

Nota: Como supervisor de este convenio, 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 11 días del mes de diciembre de 2025

Nombre del Supervisor: YENDI KELLY FORBES

Cargo del Supervisor: SECRETARIO DE SALUD

Firma del Supervisor _____

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	3158333202	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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-10	I	27/11/2025	91749481	$835.800	-

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	Extranjero no obligado	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VST	SLE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	EDP	VSP	VAS	COR	RPA	AUS	LPA	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

PAGADA

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

	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 noviembre al 30 de noviembre de 2025
Informe Número	04
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	**$3.133.406 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
27/11/2025	91749481	$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 ($)	%
Dieciséis millones quinientos ochenta y ocho mil quinientos noventa y nueve pesos ($16.588.599) M/CTE	75%

5. Observaciones

Se liquida contrato con corte al 30/11/2025 por lo tanto, el pago correspondiente al periodo del 14/11/2025 hasta el 30/11/25 es por 17 (Diecisiete) días por un valor de $3.133.406

6. Anexos

ANEXO	No. FOLIOS
• RP • CDP • PAGO DE APORTES • CONTRATO DE SECOP • CARTA DE RENUNCIA • ACTA DE LIQUIDACION	8

De conformidad a lo antes expuesto y para constancia se firma en San Andrés Isla, a los once (11) día del mes de diciembre de 2025

YENDI KELLY FORBES
SECRETARIA DE SALUD

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

Contabilidad

	GOBERNACIÓN DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA	Fecha de Aprobación 03-10-2016	Código: FO-AP-GJ-011
	ACTA DE TERMINACION Y LIQUIDACION BILATERAL DE CONTRATO/CONVENIO	Versión: 00	Página 1 de 1

En San Andrés Isla, a los treinta (30) días del mes de Noviembre de 2025 se reunieron las partes signatarias del Contrato de prestación de servicio No. **CO1.PCCNTR.8188920 CD-SSA-3483-2025** la Doctora **YENDI SHANDIRA KELLY FORBES,** identificado con la Cédula de Ciudadanía N°. 1123621068, expedida en San Andrés, Isla, en su calidad de Secretario de Salud del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina (Supervisor del contrato) y **SANDRA LICONA FONTALVO**, identificada con la cédula de ciudadanía N°40.993.936 con el fin de proceder a la liquidación bilateral del contrato N°. **CO1.PCCNTR.8188920**, previas las siguientes consideraciones:

GENERALIDADES DEL CONTRATO/CONVENIO	
OBJETO:	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
VALOR DEL CONTRATO:	**VEINTIDOS MILLONES CIENTO DIECIOCHO MIL CIENTO TREINTA Y DOS PESOS ($ 22.118.132) M/CTE.**
FORMA DE PAGO:	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. El pago se realizará mes vencido previa certificación del Supervisor de la prestación del servicio, la realización de los pagos de seguridad social y las estampillas e impuestos a que haya lugar.
PLAZO DE EJECUCIÓN:	**CUATRO (4) meses**
DSPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	No.4809 del 24 de Julio de 2025
REGISTRO PRESUPUESTAL:	No. 4813 del 13 de Agosto de 2025
FINANCIACION DEL CONTRATO	05-2.1.2.2.2.8.90.23.3-330 FUNCIONAMIENTO
PAGOS EFECTUADOS AL CONTRATISTA	DIECISÉIS MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS ($16.588.599)
SALDO EN FAVOR DEL CONTRATISTA:	TRES MILLONES CIENTO TREINTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS SEIS PESOS ($3.133.406).
SALDO EN FAVOR DEL DEPARTAMENTO:	DOS MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL CIENTO TREINTA Y CUATRO PESOS ($2,396,134).
VALOR EFECTIVAMENTE PAGADO AL CONTRATISTA:	DIECISÉIS MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS ($16.588.599)
PARA UN VALOR TOTAL DEL CONTRATO DE:	VEINTIDOS MILLONES CIENTO DIECIOCHO MIL CIENTO TREINTA Y DOS PESOS ($ 22.118.132) M/CTE.
ACTA DE INICIO	14 de agosto de 2025.
POLIZAS	NO APLICA.
EJECUCIÓN DEL CONTRATO:	La contratista ejecuto del contrato desde el 14 de agosto hasta el 30 de noviembre de 2025.
FECHA DE TERMINACION INICIAL	Trece (13) de Diciembre de 2025
FECHA DE TERMINACION FINAL	Treinta (30) de Noviembre de 2025

En consecuencia, a lo anterior, las partes acuerdan dar por terminado y liquidado de forma bilateralmente del Contrato directo **CO1.PCCNTR.8188920 CD-SSA-3483-2025**, y se declaran recíprocamente a paz y salvo por todo concepto del contrato N°. **CO1.PCCNTR.8188920**. Se firma por los que en ella intervinieron.

YENDI SHANDIRA KELLY FORBES
Secretaria de Salud Departamental

Proyecto WSB
Revisó: Yendi Kelly
Aprobó: Yendi Kelly

SANDRA LICONA FONTALVO
Contratista