2026 -02 -06 **5,529,533.00**

LICONA FONTALVO SANDRA MILENA

CINCO MILLONES QUINIENTOS VEINTINUEVE MIL QUINIENTOS TREINTA Y TRES PESOS M/CTE

GOBERNACION DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA

CALLE 20 NRO 13 22
NIT. 892400038-2

SAN ANDRES

COMPROBANTE DE EGRESO Nº **437**

Beneficiario: LICONA FONTALVO SANDRA MILENA
Cuenta No: 855834511 **Banco:** BANCO DE OCCIDENTE Cuenta DE AHORROS

Concepto : VIG FUT SERVICIOS COMO BACTERIOLOGA COMO APOYO PROFESIONAL PARA EL FORTALECIMIENTO DE LAS GESTIONES OPERATIVAS DEL PROGRAMA,ASI COMO LA GENERACION DE INFORMES TECNICOS CONSOLIDADOS Y ANALIZADOS,BAJO LA SEC. SALUD INFORME 1 DEL 1 AL 30 DE DICIEMBRE DEL 2025

¥1§CCPET:2.3.2.02.02.009§CPC:91122§PROD:1905043§VALOR:5.529.533

Valor Egreso: 5,529,533.00 **Orden:** 223

Banco: BANCO BOGOTA **Cuenta Nº :** 540-04660-4

CUENTAS CONTABLES

COD. CUENTA	CONCEPTO	DEBITOS	CREDITOS
1110050147	No. 540-04660-4 Fondo Salud Gobernacion	0.00	5,529,533.00
24800401	Acciones SP Honorarios	5,529,533.00	0.00
	TOTALES	**5,529,533.00**	**5,529,533.00**

DISTRIBUCION PRESUPUESTAL

RUBRO	NOMBRE
05 - 2.3.19.21.3.2.98.1 - 200	2024002880098 - PREVENCION Y PROMOCION PARA LA DISMINUCION DE LAS ENFERMEDADE

IRIS LEVER STEELE
TESORERA GENERAL

PAGADOR

ANEXO COMPROBANTE DE EGRESO Nº 437

No	Nit	Beneficiario	Valor Neto	Cheque Girado	Información bancaria beneficiario			Firma
					Cuenta	Tipo Cuenta	Entidad Bancaria	
1	40993936	LICONA FONTALVO SANDRA MILENA	5,529,533.00		855834511	DE AHORROS	BANCO DE OCCIDE	
		TOTAL	**5,529,533.00**					

Convenciones - * REP => Cheque Anulado Por Reposición

Elaboro: PCTUSER

4660

GOBERNACION DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA

SOCCID 85583451 1

NIT. 892400038-2

ORDEN DE PAGO

Vigencia Fiscal 2026

Orden de Pago No. 223

SALUD 437

Lugar y Fecha: SAN ANDRES 4-feb.-2026

Tipo de Orden: HONORARIOS ACCIONES DE SALUD PUBLICA

Pagado a: LICONA FONTALVO SANDRA MILENA **Nit/C.C. :** 40993936 NO RESPONSABL

Documento_: 01 Contrato de Prestación de Servicios 8630644

Facturas:

Concepto: VIG FUT SERVICIOS COMO BACTERIOLOGA COMO APOYO PROFESIONAL PARA EL FORTALECIMIENTO DE LAS GESTIONES OPERATIVAS DEL PROGRAMA,ASI COMO LA GENERACION DE INFORMES TECNICOS CONSOLIDADOS Y ANALIZADOS,BAJO LA SEC. SALUD INFORME 1 DEL 1 AL 30 DE DICIEMBRE DEL 2025

¥1§CCPET:2.3.2.02.02.009§CPC:91122§PROD:1905043§VALOR:5.529.533

Programa: SECRETARÍA DE SALUD

Registro Presupuestal: **7304** Vigencia Registro: **2025** 01 Contrato de Prestación de Servicios : 8630644

Detalle Orden

Imputación Presupuestal	Valor
05 - 2.3.19.21.3.2.98.1 - 200	5.529.533,00
	$ 5.529.533,00

Detalle Liquidación

Descripción	%	V. Base	Valor

$ 5.529.533,00

Afectación Contable

Cuenta	Débito	Crédito	Descripción
24800401	0.00	5.529.533.00	Acciones SP Honorarios
5502057901	5.529.533.00	0.00	Honorarios-Salud publica
	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

223 Cont

	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. 8630644** del 2025, del Proceso Contractual No. **CD-SSA 4496-2025**. 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 como apoyo profesional para el fortalecimiento de las gestiones operativas del programa, así como la generación de informes técnicos consolidados y analizados en aras de cumplir con la oportunidad de la información
Periodo Certificado	1 de diciembre al 30 de diciembre de 2025
Informe Número	01
Fecha de Suscripción del contrato	26/11/2025
Fecha de Inicio	1 de diciembre del 2025
Plazo inicial del Contrato	04 meses y 15 días
Valor Inicial del Contrato	**$ 24.882.899 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, y una cuota correspondiente a quince (15), por valor de Dos millones setecientos sesenta y cuatro mil setecientos sesenta y siete pesos ($2.764.767) m/cte, cada pago días se efectuará previa presentación de la documentación que exija la secretaria de hacienda para tal efecto.
CDP (Certificado De Disponibilidad Presupuestal) No.	6410 del 6 de noviembre de 2025 – 018 del 6 de noviembre de 2025 (V.F)
Rp (Registro Presupuestal) No.	7304 del 28 de noviembre del 2025 - 053 del 28 de noviembre del 2025
VALOR A PAGAR	**$5.529.533 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
01/12/2025	91907469	$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 ($)	%
	0%

5. Observaciones

6. Anexos

ANEXO	No. FOLIOS
• RP • CDP • PAGO DE APORTES • CONTRATO DE SECOP	6

De conformidad a lo antes expuesto y para constancia se firma en San Andrés Isla, a los trece (13) días del mes de enero de 2026

YENDI KELLY FORBES
SECRETARIA DE SALUD

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

	GOBERNACIÓN DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA	Fecha de Aprobación: 28-02-2017	Código: FO-AP-GJ-38
	ACTA DE INICIO CONTRATO	Versión: 0	Página: 1 de 1

ACTA DE INICIO

FECHA DE INICIO	01 de diciembre de 2025	**NÚMERO DEL CONTRATO**	CO1.PCCNTR.8630644 CD-SSA-4496-2025

OBJETO CONTRACTUAL

PRESTAR SUS SERVICIOS COMO BACTERIÓLOGA COMO APOYO PROFESIONAL PARA EL FORTALECIMIENTO DE LAS GESTIONES OPERATIVAS DEL PROGRAMA, ASÍ COMO LA GENERACIÓN DE INFORMES TÉCNICOS CONSOLIDADOS Y ANALIZADOS EN ARAS DE CUMPLIR CON LA OPORTUNIDAD DE LA INFORMACIÓN.

CONTRATISTA	IDENTIFICACIÓN	REPRESENTANTE LEGAL (persona jurídica)
SANDRA MILENA LICONA FONTALVO	40.993.936	

GARANTÍA

NUMERO DE POLIZA	ASEGURADORA	RESOLUCIÓN DE APROBACIÓN DE POLIZA
NA	NA	NA

	DEPENDENCIA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO
SUPERVISION	SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL	YENDI KELLY FORBES

PLAZO DE EJECUCIÓN	CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD-CDP	REGISTRO PRESUPUESTAL
4 MES Y 15 DIAS	6410 del 06 de noviembre del 2025 018 del 06 de noviembre del 2025 (V.F)	7304 del 28 de noviembre del 2025 053 del 28 de noviembre del 2025(V.F)

VALOR DEL CONTRATO (letras y números)	VEINTICUATRO MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS ($ 24.882.899) M/CTE.

FORMA DE PAGO	**ANTICIPO**	**SI**		**NO**	X	**PORCENTAJE**
	PAGO ANTICIPADO	**SI**		**NO**	X	

Saldo restante

LA GOBERNACIÓN realizará el pago del valor del contrato en **Cinco** (5)Cuotas ; **Cuatro** (4) pagos por valor de **CINCO MILLONES QUINIENTOS VEINTINUEVE MIL QUINIENTOS TREINTA Y TRES PESOS ($5.529.533)M/CTE y una cuota correspondiente a quince (15) días, por valor de DOS MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS ($2.764.767)**. 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.

OBSERVACIONES

FIRMAS

contratista	Jefe de oficina responsable	funcionario de planta para apoyo de la supervisión

688

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	3153633202	meicho9_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	
2025-11	2025-11	I	01/12/2025	91907468	$635.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	IGE	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	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

Banco de Occidente

NIT 890.300.279-4

CERTIFICADO

Mediante la presente **CERTIFICAMOS** que **SANDRA MILENA LICONA FONTALVO** identificado con C.C. número **40.993.936** es cuentahabiente del BANCO DE OCCIDENTE desde el día **1 de junio de 2015** con la Cuenta de Ahorros **855834511** y el TAG AVAL **@OCSLF936**, los cuales a la fecha se encuentran activos y vigentes.

Por lo anterior podemos afirmar que la mejor carta de presentación de: **SANDRA MILENA LICONA FONTALVO** es ser un "cliente activo de Banco de Occidente".

Expedimos esta certificación hoy **14 de enero de 2026**

Julio Cesar Ortiz
GERENTE MEDIOS DE PAGOS

Seguros Colsanitas

Bogotá, 02 de enero de 2026

CERTIFICACIÓN:

Por medio de la presente hacemos constar que SANDRA MILENA , LICONA FONTALVO con CC 40993936, está afiliado(a) al Sistema General de Riesgos Laborales a través de la empresa GOBERNACION DEPARTAMENTO ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES PROVIDEN con NI 892400038 conforme a lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas concordantes.

Número de póliza: 1607
Fecha inicio: 3 de enero de 2026
Tipo de afiliado: Independiente
Código actividad: 2853001
Clase de riesgo: II
Tasa: 1,044 %

Si desea confirmar la validez de este certificado, puede hacerlo a través de nuestra línea de atención 601 7398939 en Bogotá y 018000931011 a nivel nacional.

Atentamente,

Director de Operaciones

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA