2026 -04 -08 **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 N° **6382**

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

Concepto : VIG. FUTURA-CDP 6410-CDVF 018-2025; 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 SECRETARIA DE SALUD TERCER PAGO DEL 1 AL 28 DE FEBRERO DEL 2026

¥1§CCPET:2.3.2.02.02.009§CPC:91122§PROD:1905043§VALOR:19.353.366

Valor Egreso: 5,529,533.00 **Orden:** 5784

Banco: BANCO BOGOTA **Cuenta N° :** 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 ENFERME

IRIS LEVER STEELE
TESORERA GENERAL

PAGADOR

ANEXO COMPROBANTE DE EGRESO N° 6,382

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: GHUDSON

4660

GOBERNACION DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA

NIT. 892400038-2

ORDEN DE PAGO

Vigencia Fiscal **2026**

Orden de Pago No. **5784**

SALUD 6382

Lugar y Fecha: SAN ANDRES 27-mar.-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. FUTURA-CDP 6410-CDVF 018-2025; 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 SECRETARIA DE SALUD TERCER PAGO DEL 1 AL 28 DE FEB DEL 2026

¥1§CCPET:2.3.2.02.02.009§CPC:91122§PROD:1905043§VALOR:19.353.366

Programa: SECRETARÍA DE SALUD

Registro Presupuestal: **14** Vigencia Registro: **2026** 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 : MARIELA BENT DE AVILA

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 febrero al 28 de febrero de 2026
Informe Número	03
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) 53 del 2 de enero del 2026
Rp (Registro Presupuestal) No.	7304 del 28 de noviembre del 2025 - 053 del 28 de noviembre del 2025 (V.F) 14 del 2 de enero del 2026
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

4757

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

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
02/02/2026	45299688	$5.529.533	$2.192.416	$275.700	$352.900	$7.600

4. Cumplimiento de Ejecución Presupuestal

Valor Total de los pagos realizados a la fecha ($)	%
Once millones cincuenta y nueve mil sesenta y seis pesos ($11.059.066) M/CTE	44.4%

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 dieciséis (16) días del mes de marzo de 2026

YENDI KELLY FORBES
SECRETARIA DE SALUD

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

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	melch09_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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2026-01	2026-01	I	02/02/2026	45299688	TOTAL A PAGAR	
					636.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	274.000	0		0		0	14	1.700	0	275.700	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	350.800	0	0	0	0	14	2.100	0	352.900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	7.500				7.500	14	100	7.600			75	7.600	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	14	0	0	0
ICBF				
0	14	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	274.000	275.700
Pensión	1	350.800	352.900
Riesgos Laborales	1	7.500	7.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	632.300	636.200

PAGADA

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

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	3153833202	melchi9_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	
2026-01	2026-01	I	02/02/2026	45299688	$936.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cód.cotiz	Subtipo	Extranjero	Colomb. exterior	Estudiante	SIG	INT	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	AVP	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	FSL	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	57	0			N																	25-14	2.192.416	350.800	0	0	0	0	EPS005	2.192.416	274.000	14-23	2.192.416	1	7.500		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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