2026 -04 -24 **4,017,506.00**

219

ONEILL PUSEY FABIO JOSE

CUATRO MILLONES DIECISIETE MIL QUINIENTOS SEIS 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 **9426**

Beneficiario: ONEILL PUSEY FABIO JOSE
Cuenta No: 53010853207 **Banco:** BANCOLOMBIA Cuenta DE AHORROS

Concepto : SERVICIOS PROFESIONALES COMO ADMINISTRADOR DE EMPRESAS PARA ACTIVIDADES A DESARROLLARSE AL SERVICIO DE LA SEC.DESA.SOCIAL INFORME DE PAGO 01 DEL 23 DE FEBRERO AL 22 DE MARZO 2026

¥§CCPET§2.3.2.02.02.008§CPC1§83117§PROD§4104008§VAL1§¥16482076

Valor Egreso: 4,017,506.00 **Orden:** 8738

Banco: BANCO DE OCCIDENTE **Cuenta Nº :** 855835823

CUENTAS CONTABLES

COD. CUENTA	CONCEPTO	DEBITOS	CREDITOS
1110052317	No. 855-83582-3 Ingresos Corrientes de Libre Destinacion	0.00	4,017,506.00
249054	Honorarios	4,017,506.00	0.00
	TOTALES	**4,017,506.00**	**4,017,506.00**

DISTRIBUCION PRESUPUESTAL

RUBRO	NOMBRE
03 - 2.3.25.8.3 - 219	2024002880137 - SERVICIOS DE ATENCION INTEGRAL Y OPORTUNIDADES DE BIENESTAR PAR

DETALLE DE LIQUIDACION DE ORDEN No.8738

Descripción	%	Valor Base	Valor
Descuentos y otros recargos			
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR (Ord. 024/2014)	-0,50	4,120,519.00	-20.603,00
ESTAMPILLA PROCULTURA (Dec.043/07-Ordenanza 020/06)	-2,00	4,120,519.00	-82.410,00
		-$	**103,013.00**
		VALOR NETO **$**	**4.017.506.00**

IRIS LEVER STEELE
TESORERA GENERAL

PAGADOR

ANEXO COMPROBANTE DE EGRESO Nº 9,426

No Nit	Beneficiario	Valor Neto	Cheque Girado	Información bancaria beneficiario			Firma
				Cuenta	Tipo Cuenta	Entidad Bancaria	
1 18003082	ONEILL PUSEY FABIO JOSE	4,017,506.00		53010853207	DE AHORROS	BANCOLOMBIA	
	TOTAL	**4,017,506.00**					

Convenciones - * REP => Cheque Anulado Por Reposición

Elaboro: EGARCIA

GOBERNACION DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA

NIT. 892400038-2

ORDEN DE PAGO

9426

219

Vigencia Fiscal **2026**

Orden de Pago No. **8738**

Lugar y Fecha: SAN ANDRES 23-abr.-2026

Tipo de Orden: HONORARIOS 1er. PAGO ó UNICO PAGO

Pagado a: ONEILL PUSEY FABIO JOSE **Nit/C.C. :** 18003082 NO RESPONSABL

Información Bancaria: Cuenta Bancaria N° 488412958917 - DAVIVIENDA -Corriente

Documento_: 01 Contrato de Prestación de Servicios 9230702

Facturas:

Concepto: SERVICIOS PROFESIONALES COMO ADMINISTRADOR DE EMPRESAS PARA ACTIVIDADES A DESARROLLARSE AL SERVICIO DE LA SEC.DESA.SOCIAL INFORME DE PAGO 01 DEL 23 DE FEBRERO AL 22 DE MARZO 2026

¥§CCPET§2.3.2.02.02.008§CPC1§83117§PROD§4104008§VAL1§¥16482076

Programa: SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL

Registro Presupuestal: **2471** Vigencia Registro: **2026** 01 Contrato de Prestación de Servicios : 9230702

Detalle Orden

Imputación Presupuestal	Valor
03 - 2.3.25.8.3 - 219	4.120.519,00
	$ 4.120.519,00

Detalle Liquidación

Descripción	%	V. Base	Valor
Descuentos y otros recargos			
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR (O	-0,500	4,120,519.00	-20.603,00
ESTAMPILLA PROCULTURA (Dec	-2,000	4,120,519.00	-82.410,00
			$-103.013,00
			$ 4.017.506,00

Afectación Contable

Cuenta	Débito	Crédito	Descripción
24403501	0.00	82.410,00	Estampilla Procultura 2%
2440350202	0.00	20.603,00	E.A.M. Otros Contratos 0.5%
249054	0.00	4.017.506,00	Honorarios
55070579	4.120.519,00	0.00	Honorarios
	4.120.519,00	4.120.519,00	

CHARLES LIVINGSTON LIVINGSTON
SECRETARIO DE HACIENDA

ADRY CRISTINA REEVES POMARE
CONTADOR DEPARTAMENTAL

IMPRIMIO : BRILLIT SULAIT PEREIRA DE AVIL

8738

	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 DESARROLLO SOCIAL DEL DEPARTAMENTO ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA

CERTIFICA

Que recibió a satisfacción del/la Contratista **FABIO JOSE ONEILL PUSEY** Identificado/a con Cédula de Ciudadanía N° **18.003.082 de San Andrés Islas,** las Obligaciones Específicas establecidas en el Contrato de **"Prestar servicios profesionales como administrador de empresas para el fortalecimiento de las actividades de la secretaria de desarrollo social del Departamento Archipielago de San Andres, Providencia y Santa Catalina."** N° **CO1.PCCNTR.9230702** del **2026**, del Proceso Contractual No. **CD-SDS-2617-2026**. Para efectos del pago correspondiente a **UN (1) MES**, suministro la siguiente información:

1. Información del Contrato

Objeto	Prestar servicios profesionales como administrador de empresas para el fortalecimineto de las actividades de la secretaria de desarrollo social del departamento archipielago de san andres, providencia y santa catalina
Periodo Certificado	DEL 23 DE FEBRERO DE 2026 A 22 DE MARZO DE 2026
Informe Número	UNO (1)
Fecha de Suscripción del contrato	29 DE ENERO del 2026
Fecha de Inicio	23 DE FEBRERO del 2026
Plazo inicial del Contrato	CUATRO (04) MESES
Valor Inicial del Contrato	$16.482.076 (DIECISEIS MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y DOS MIL SETENTA Y SEIS PESOS) M/CTE.
Forma y Condiciones de Pago	A GOBERNACION REALIZARA EL PAGO DEL VALOR DEL CONTRATO EN **CUATRO (04) CUOTAS,** POR LE VALOR DE **CUATRO MILLONES CIENTO VEINTE MIL QUINIETOS DIECINUEVE PESOS (4.120.519) M/CTE**, CORRESPONDIENTES A **CUATRO (04) MESES** DE SERVICIO. EL PAGO SE REALIZARA MES VENCIDO PREVIA CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DE LA PRESTACION DEL SERVICIO, LA REALIZACION DE LOS PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y LAS ESTAMPILLAS DE IMPUESTOS A QUE HAYA LUGAR.
CDP (Certificado De Disponibilidad Presupuestal) No.	CDP № 2565 de 14 de ENERO de 2026
RP (Registro Presupuestal) No.	RP № 2471 de 30 de ENERO del 2026
VALOR A PAGAR	**CUATRO MILLONES CIENTO VEINTE MIL QUINIETOS DIECINUEVE PESOS (4.120.519) M/CTE**
Dirección del Contratista	SAN LUIS
Correo Electrónico del Contratista	Extinislassas@gmail.com

Nombre del Supervisor	JOHANA WILCHES DIMAS

MODIFICACIONES AL CONTRATO	
Modificatorio No:	N/A
Tipo de Modificatorio	N/A
Fecha	N/A
Cláusula Modificada	N/A
Resumen del Modificatorio	N/A
Valor final (+ Modificatorio)	N/A
Plazo de Ejecución Final (+ Modificatorio)	N/A

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. _____ 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

4. Cumplimiento de Ejecución Presupuestal

Valor Total de los pagos realizados a la fecha ($)	%
	0%

5. Observaciones

PRIMERA CUENTA

6. Anexos

ANEXO	No. FOLIOS
- Informe de prestación de servicios de apoyo a la gestión, Incluyendo evidencias fotográficas (6 páginas) - ARL (1 página) - Copia del Certificado de Cuenta Bancaria. (1 página) - Copia del Certificado de Salud. (1 página) - Copia del Certificado de Pensión (1 página)	10

De conformidad a lo antes expuesto y para constancia se firma en San Andrés Isla, a los **VEINTICUATRO (24) DIAS del mes de MARZO del 2026.**

JOHANA WILCHES DIMAS
Secretaria de Desarrollo Social

Proyectó: Fabio O'Neill
Revisó: Johana Wilches/Secretaría de Desarrollo Social
Archivó: Secretaría de Desarrollo Social

POSITIVA

CER_AFI_2026025544240

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

FABIO JOSE ONEILL PUSEY identificado con CC. 18003082 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE	
Nombres y/o Razón	GOBERNACION DEPARTAMENTAL DE SAN ANDRES Y PROVIDENCIA
Tipo y Numero de Documento	NI - 892400038

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2026/04/10	**Fecha inicio contrato**	2026/02/23
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	**Fecha de fin contrato**	2026/06/23
Riesgo	1	**Código actividad económica**	1841201 - Actividades ejecutivas de la administracion publica, incluye el desempeno de las funciones
Estado afiliación	Activa		
Fecha retiro	-	**Estado del contrato**	Activa

Esta certificación se expide a los 9 días del mes de abril del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC09042026F18003082P16271131.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

FABIO JOSE O NEILL PUSEY, identificado(a) con cédula de ciudadanía **18.003.082**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 15 de Abril del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co *y actualice su Historia Laboral.*

La confianza y la credibilidad

que usted ha depositado en Bancolombia nos llenan de orgullo y nos motivan para continuar acompañándolo en el desarrollo de sus metas.

San Andrés Isla, 5 de Enero de 2026

Señor

A QUIEN INTERESE

Ciudad

Cordial saludo,

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que FABIO JOSE ONEILL PUSEY identificado con Nit No 18003082 a la fecha de expedición de ésta certificación, tiene con el Banco el (los) siguiente (s) producto (s):

Nombre Producto	No Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA AHORROS	530-108532-07	1999/04/15	ACTIVA

El manejo de este (os) producto (s) es adecuado y responde a las condiciones y compromisos adquiridos con BANCOLOMBIA.
Para confirmación de la información estamos ubicados en la AVENIDA ATLANTICO N° 1A - 36 Oficina Bancolombia SAN ANDRES Tel:5124195

Atentamente,

ANDRES VALENCIA G
Asesor Comercial PYME
San Andres islas

*** Importante:** Esta constancia sólo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

En caso de necesitar asesoría sobre nuestros productos y servicios, puede contactarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia: en Bogotá 343 0000, Medellín 510 9000, Cali 554 0505, Barranquilla 361 8888, y en el resto del país al 01 800 09 12345.

Bancolombia
le estamos poniendo el alma

E.P.S. Sanitas
Sanitas Internacional

Keralty

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La EPS SANITAS en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado **EPS SANITAS**,

CERTIFICA

Que **Fabio Jose O Neill Pusey** identificado(a) con **CEDULA DE CIUDADANIA** número **18003082,** está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 18003082
NOMBRES Y APELLIDOS	Fabio Jose O Neill Pusey
TIPO DE AFILIADO	Beneficiario
PARENTESCO	Conyuge
FECHA DE NACIMIENTO	24/03/1973
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/05/2005
FECHA RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	31/12/2025
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	354 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	39 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	21/05/2013
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 18003082 FABIO JOSE O NEILL PUSEY Desde 01/07/2025 Hasta 31/12/2025

Generado por rgharris 16/04/2026

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS