

2026 -05 -06

9,662,729.00

ORTIZ BRITTON ANA LUCIA

NUEVE MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y DOS MIL SETECIENTOS VEINTINUEVE 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° 11015

Beneficiario: ORTIZ BRITTON ANA LUCIA

Cuenta No: 34881402370

Banco: BANCOLOMBIA

Cuenta DE AHORROS

Concepto : SERVICIOS DE APOYO GESTION COMO BACHILLER INSTITUCIONES EDUCATIVAS EN EL MUNICIPIO D EPROVIDENCIA AL SERVICIO DE LA SEC.EDUCACION PRIMER, SEGUNDO Y TERCER PAGO DEL 28 DE ENERO AL 27 DE ABRIL DEL 2026

Valor Egreso: 9,662,729.00

Orden: 10390

Banco: BANCO BOGOTA

Cuenta N° : 540-192671

Valor: ¥\$CCPET\$2.1.2.02.02.008\$CPC1\$82120\$PROD\$0\$VAL1\$¥13213988

CUENTAS CONTABLES

COD. CUENTA	CONCEPTO	DEBITOS	CREDITOS
1110050155	No. 540-192671 GOBERNACION SAI INGRESO CORRIENTE LIBRE DESTINACION	0.00	9,662,729.00
24010102	Adquisicion de Servicios	9,662,729.00	0.00
TOTALES		9,662,729.00	9,662,729.00

DISTRIBUCION PRESUPUESTAL

RUBRO	NOMBRE
04 - 2.1.2.2.2.8.90.17 - 200	Sec Educación - Servicios prestados a las empresas y servicios de producción

DETALLE DE LIQUIDACION DE ORDEN No.10390

Descripción	%	Valor Base	Valor
Descuentos y otros recargos			
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR (Ord. 024/2014)	-0,50	9,910,491.00	-49.552,00
ESTAMPILLA PROCULTURA (Dec.043/07-Ordenanza 020/06)	-2,00	9,910,491.00	-198.210,00
		-\$	247.762.00
		VALOR NETO \$	9.662.729.00

IRIS LEVER STEELE
TESORERA GENERAL

PAGADOR

ANEXO COMPROBANTE DE EGRESO N° 11,015

No Nit	Beneficiario	Valor Neto	Cheque Girado	Información bancaria beneficiario			Firma
				Cuenta	Tipo Cuenta	Entidad Bancaria	
1 1120980207	ORTIZ BRITTON ANA LUCIA	9,662,729.00		34881402370	DE AHORROS	BANCOLOMBIA	
TOTAL		9,662,729.00					

Convenciones - * REP => Cheque Anulado Por Reposición

GOBERNACION DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA

NIT. 892400038-2

ORDEN DE PAGO

Vigencia Fiscal 2026

Orden de Pago No. 10390

11015

Lugar y Fecha: SAN ANDRES 5-may.-2026
Tipo de Orden: SERVICIOS 1er. PAGO ó UNICO PAGO
Pagado a: ORTIZ BRITTON ANA LUCIA Nit/C.C.: 1120980207 NO RESPONSABL
Documento_: 01 Contrato de Prestación de Servicios 8839338
Facturas:
Concepto: SERVICIOS DE APOYO GESTION COMO BACHILLER INSTITUCIONES EDUCATIVAS EN EL MUNICIPIO D EPROVIDENCIA AL SERVICIO DE LA SEC.EDUCACION PRIMER, SEGUNDO Y TERCER PAGO DEL 28 DE ENERO AL 27 DE ABRIL DEL 2026
Programa: SECRETARÍA DE EDUCACIÓN

¥\$CCPET\$2.1.2.02.02.008\$CPC1\$82120\$PROD\$0\$VAL1\$¥13213988

Registro Presupuestal: 1531 Vigencia Registro: 2026 01 Contrato de Prestación de Servicios : 8839338

Detalle Orden	
Imputación Presupuestal	Valor
04 - 2.1.2.2.2.8.90.17 - 200	9.910.491,00
	\$ 9.910.491,00

Detalle Liquidación			
Descripción	%	V. Base	Valor
Descuentos y otros recargos			
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR (O	-0,500	9,910,491.00	-49.552,00
ESTAMPILLA PROCULTURA (Dec	-2,000	9,910,491.00	-198.210,00
			\$-247.762,00
			\$ 9.662.729,00

Afectación Contable			
Cuenta	Débito	Crédito	Descripción
24010102	0.00	9.662.729.00	Adquisicion de Servicios
24403501	0.00	198.210.00	Estampilla Procultura 2%
2440350202	0.00	49.552.00	E.A.M. Otros Contratos 0.5%
55010801	9.910.491.00	0.00	Remuneracion Servicios Tecnicos
	9.910.491,00	9.910.491,00	

CHARLES LIVINGSTON LIVINGSTON
SECRETARIO DE HACIENDA

ADRY CRISTINA REEVES POMARE
CONTADOR DEPARTAMENTAL

	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

EL SUSCRITO SECRETARIO DE EDUCACION DEL DEPARTAMENTO ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA

CERTIFICA

Que recibió a satisfacción del/la señor/a **ANA LUCIA ORTIZ BRITTON** identificado/a con cédula de ciudadanía N° **1.120.980.207**, las Obligaciones Específicas establecidas en Contrato de Prestación de Servicio N° **CO1.PCCNTR.8839338** del 2026, del Proceso Contractual No. **CD-SDE-0223-2026** Para efectos del pago correspondiente a (mes y/o días) de servicio, suministro la siguiente información:

1. Información del Contrato

Objeto	Prestar sus servicios como apoyo a la gestión y asistencia para la atención integral de los niños y niñas de preescolar de las instituciones educativas oficiales en jornada única de la Isla de Providencia.
Periodo Certificado	28/01/2026 al 27/02/2026
Informe Número	Uno (01) ✓
Fecha de Suscripción del contrato	24/01/2026 ✓
Fecha de Inicio	28/01/2026 ✓
Plazo inicial del Contrato	4 meses ✓
Valor Inicial del Contrato	TRECE MILLONES DOSCIENTOS TRECE MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHO (\$13.213.988) MCTE. ✓
Forma y Condiciones de Pago	La Gobernación realizara el pago del valor de contrato en CUATRO (04) cuotas mensuales por valor de TRES MILLONES TRESCIENTOS TRES MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS MCTE (\$3.303. 497.00) . 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 hay lugar.
CDP (Certificado De Disponibilidad Presupuestal) No.	387 ✓
Rp (Registro Presupuestal) No.	1531 ✓
VALOR A PAGAR	(\$3.303. 497.00) ✓
Dirección del Contratista	SAN ANDRES ISLAS
Correo Electrónico del Contratista	
Nombre del Supervisor	RICARDO GORDON MAY

MODIFICACIONES AL CONTRATO	
Modificadorio No:	
Tipo de Modificadorio	
Fecha	
Cláusula Modificada	
Resumen del Modificadorio	
Valor final (+ Modificadorio)	

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 ____

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 (\$)	%

	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 3 de 3

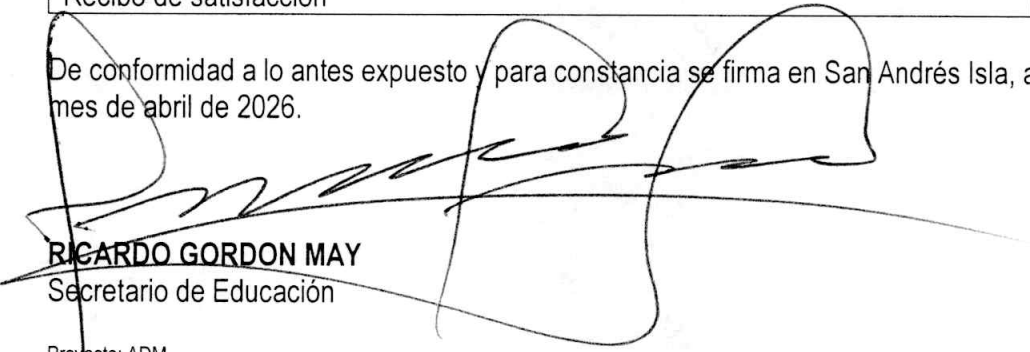
5. Observaciones

PRIMERA CUENA

6. Anexos

ANEXO	No. FOLIOS
Certificado salud Certificado pensión Certificado ARL Certificado Bancario Recibo de satisfacción	05

De conformidad a lo antes expuesto y para constancia se firma en San Andrés Isla, a los (28) días del mes de abril de 2026.


RICARDO GORDON MAY
Secretario de Educación

Proyecto: ADM
Revisó: RGM
Archivo: S.E.

Certificación Bancaria

Lunes, 27 de abril de 2026

A quien le interese

Bancolombia S.A. se permite informar que ANA LUCIA ORTIZ BRITTON identificado(a) con CC 1120980207, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta de ahorros	34881402370	2017-08-29	Activo	*****

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números:
Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05
Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

 **Bancolombia**

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospchoso@bancolombia.com.co



LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

ANA LUCIA ORTIZ BRITTON identificado con CC. 1120980207 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	2026/02/12	Fecha inicio contrato	2026/01/28
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	Fecha de fin contrato	2026/05/27
Riesgo	1	Código actividad económica	1841205 - Actividades ejecutivas de la administración pública, incluye los servicios de personal y otras actividades
Estado afiliación	Activa	Estado del contrato	Activa
Fecha retiro	-		

Esta certificación se expide a los 11 días del mes de febrero 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: **CC11022026A1120980207B8265687**. Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

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

Positiva Compañía de Seguros S.A.:
Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia(Suplente) | defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. – 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.

Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>
Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS



ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1120980207
NOMBRES	ANA LUCIA
APELLIDOS	ORTIZ BRITTON
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	SAN ANDRES
MUNICIPIO	PROVIDENCIA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	CONTRIBUTIVO	01/07/2011	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: 04/29/2026 08:28:22 Estación de origen: 192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado



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

En su condición de administradora del
FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.170.043-7

CERTIFICA QUE:

ANA LUCIA ORTIZ BRITTON, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.120.980.207**, se encuentra afiliado(a)
al **AL FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR**.

La presente certificación se expide el 29 de Abril del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



	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

EL SUSCRITO SECRETARIO DE EDUCACION DEL DEPARTAMENTO ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA

CERTIFICA

Que recibió a satisfacción del/la señor/a **ANA LUCIA ORTIZ BRITTON** Identificado/a con cédula de ciudadanía N° **1.120.980.207**, las Obligaciones Específicas establecidas en Contrato de Prestación de Servicio N° **CO1.PCCNTR.8839338** del 2026, del Proceso Contractual No. **CD-SDE-0223-2026** Para efectos del pago correspondiente a (mes y/o días) de servicio, suministro la siguiente información:

1. Información del Contrato

Objeto	Prestar sus servicios como apoyo a la gestión y asistencia para la atención integral de los niños y niñas de preescolar de las instituciones educativas oficiales en jornada única de la Isla de Providencia.
Periodo Certificado	28/02/2026 al 27/03/2026
Informe Número	Dos (02) <i>OL</i>
Fecha de Suscripción del contrato	24/01/2026 ✓
Fecha de Inicio	28/01/2026 ✓
Plazo inicial del Contrato	4 meses ✓
Valor Inicial del Contrato	TRECE MILLONES DOSCIENTOS TRECE MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHO (\$13.213.988) MCTE. ✓
Forma y Condiciones de Pago	La Gobernación realizara el pago del valor de contrato en CUATRO (04) cuotas mensuales por valor de TRES MILLONES TRESCIENTOS TRES MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS MCTE (\$3.303. 497.00) . 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 hay lugar.
CDP (Certificado De Disponibilidad Presupuestal) No.	387 ✓
Rp (Registro Presupuestal) No.	1531 ✓
VALOR A PAGAR	(\$3.303. 497.00).
Dirección del Contratista	SAN ANDRES ISLAS
Correo Electrónico del Contratista	
Nombre del Supervisor	RICARDO GORDON MAY

MODIFICACIONES AL CONTRATO	
Modificadorio No:	
Tipo de Modificadorio	
Fecha	
Cláusula Modificada	
Resumen del Modificadorio	
Valor final (+ Modificadorio)	



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 ____

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
27/03/2026	70986718	\$3.303. 497	\$1.750.905	\$218.900	\$280.200	\$9.200

4. Cumplimiento de Ejecución Presupuestal

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

DATOS DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD			
CC	1120980207	ANA LUCIA ORTIZ BRITTON	SUD OESTE	3178543959	ana.ortizbrilton@gmail.com				
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO				
UNICA	I - Independiente			ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS DE PROVIDENCIA		NO			

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		70986718	27/03/2026	1	0
PERÍODO SALUD	PERÍODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$0	\$508.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	218.900	0	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	

TOTALES PENSIÓN									
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	280.200	0	0	0	0	0	1

TOTALES RIESGOS LABORALES									
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros		Valor Neto	
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	9.200	No. Autorización	Valor	Aportes Sistemas		Valor Neto Cotización	Días Mora
								9.200	0

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
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA				
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar	No. Afiliados
Salud	1	218.900	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	9.200	9.200	9.200
CCF	0	0	0	0
ESAP	0	0	0	0
ICBF	0	0	0	0
MEN	0	0	0	0
SENA	0	0	0	0
TOTALES	3	508.300	508.300	508.300

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPIC
		70966718	27/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NOMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	1	\$0	\$508.300	

INFORMACIÓN CITIZANTE		INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN				SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES			
No.	Tipo y Número de identificación	Cónyuge		Hijos		Extensión		COSECCION	IBIC AFP	Cód. AFP	Días	Colización	Voluntario Afiliado	Fondo pensional de solidaridad	IBIC EPS	Cód. EPS	Días	Colización / Valor IPC	Cód. ARL	IBIC ARL	Días	Clase de Ingreso	Colización	Código CCF	IBIC CCF	Aporte CCF	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte MEN		
1	CC 1120980207	ORTIZ BRITTON ANA LUCIA	59	0	N				25-14	1.750.905	30	260.200	0	0	0	0	0	21E.905	14-23	1.750.905	30	1	9.200		0	0	0	0	0	0	0

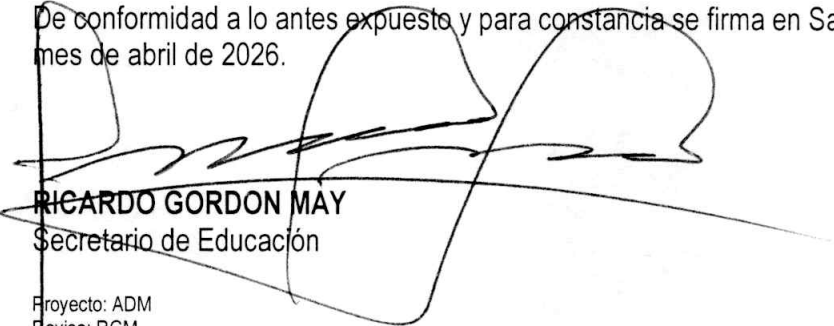
5. Observaciones

Segunda cuenta

6. Anexos

ANEXO	No. FOLIOS
Planilla	01

De conformidad a lo antes expuesto y para constancia se firma en San Andrés Isla, a los (28) días del mes de abril de 2026.


RICARDO GORDON MAY
Secretario de Educación

Proyecto: ADM
Revisó: RGM
Archivo: S.E.

	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

EL SUSCRITO SECRETARIO DE EDUCACION DEL DEPARTAMENTO ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA

CERTIFICA

Que recibió a satisfacción del/la señor/a **ANA LUCIA ORTIZ BRITTON** Identificado/a con cédula de ciudadanía N° **1.120.980.207**, las Obligaciones Específicas establecidas en Contrato de Prestación de Servicio N° **CO1.PCCNTR.8839338** del 2026, del Proceso Contractual No. **CD-SDE-0223-2026** Para efectos del pago correspondiente a (mes y/o días) de servicio, suministro la siguiente información:

1. Información del Contrato

Objeto	Prestar sus servicios como apoyo a la gestión y asistencia para la atención integral de los niños y niñas de preescolar de las instituciones educativas oficiales en jornada única de la Isla de Providencia.
Periodo Certificado	28/03/2026 al 27/04/2026
Informe Número	Tres (03) <i>OK</i>
Fecha de Suscripción del contrato	24/01/2026
Fecha de Inicio	28/01/2026
Plazo inicial del Contrato	4 meses
Valor Inicial del Contrato	TRECE MILLONES DOSCIENTOS TRECE MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHO (\$13.213.988) MCTE.
Forma y Condiciones de Pago	La Gobernación realizara el pago del valor de contrato en CUATRO (04) cuotas mensuales por valor de TRES MILLONES TRESCIENTOS TRES MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS MCTE (\$3.303. 497.00) . 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 hay lugar.
CDP (Certificado De Disponibilidad Presupuestal) No.	387
Rp (Registro Presupuestal) No.	1531
VALOR A PAGAR	(\$3.303. 497.00).
Dirección del Contratista	SAN ANDRES ISLAS
Correo Electrónico del Contratista	
Nombre del Supervisor	RICARDO GORDON MAY

MODIFICACIONES AL CONTRATO	
Modificadorio No:	
Tipo de Modificadorio	
Fecha	
Cláusula Modificada	
Resumen del Modificadorio	
Valor final (+ Modificadorio)	

Plazo de Ejecución Final (+ Modificadorio)	
--	--

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 ____

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
28/04/2026	78111276	\$3.303. 497	\$1.750.905	\$218.900	\$280.200	\$9.200

4. Cumplimiento de Ejecución Presupuestal

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

	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 3 de 3

5. Observaciones

Tercera cuenta

6. Anexos

ANEXO	No. FOLIOS
Planilla	01

De conformidad a lo antes expuesto y para constancia se firma en San Andrés Isla, a los (28) días del mes de abril de 2026.

RICARDO GORDON MAY
Secretario de Educación

Proyecto: ADM
Revisó: RGM
Archivo: S.E.

DADOS DE IDENTIFICACIÓN

DATOS DE LA PLANILLA				
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS
		76111276	28/04/2026	1
TOTAL NÓMINA				TOTAL A PAGAR
PERÍODO SALUD	PERÍODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	
2026-04	2026-04	1	\$0	\$508.300

TOTALES SALUD			
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	218.900

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					
EPS037	Nuevo EPS	900156264-2	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1

Código AFP	Nombre	NIT	Colización Obligatoria
25-14	Colpensiones	900336004-7	280.200

Código AFP	Nombre	NIT	Colización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Colización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900335004-7	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	1

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	9.200

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	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor									
14-23			9.200				9.200	0	0	9.200		92	9.200	1
	Positivo Seguros	86001153-6	9.200				9.200	0	0	9.200		92	9.200	1

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte
------------	--------	-----	--------------

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	0	0	0	0
		ICBF		
0	0	0	0	0
		ESAP		
		MEN		

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	218.900	218.900
Pension	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	9.200	9.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	508.300	508.300

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pension	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	9.200	9.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	508.300	508.300

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 2 de 2

DATOS DEL APORTANTE			
Tipo	Número	Nombre Aportante	Dirección
CC	1120980207	ANA LUCIA ORTIZ BRITTON	SUD OESTE
Forma Presentación	Clase Aportante	Nombre Sucursal	Código
ÚNICA	I - Independiente		
		Departamento	Exonerado Pago Parafiscales y Salud
		ARCHIPIÉLAGO DE SAN FERNANDO	NO
		Provincia	
		Ciudad / Municipio	
		Teléfono	
		Correo	ana.ortizbrillon@gmail.com

DATOS DE LA PLANILLA			
Planilla Asociada	Fecha Pago Asociada (Díames/Año)	Número Planilla	Fecha Pago (Díames/Año)
		78111276	28/04/2026
Período Salud	Período Pensión	Tipo Planilla	Total Nómina
2026-04	2026-04	I	\$0
			Total a Pagar
			\$506.300

DETALLE POR COTIZANTE		INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN				SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES			
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Colaborador	Subgrupo	Código	Clase	Clase	Clase	Clase	Clase	Clase	Clase	Clase	Clase	Clase	Clase	Clase	Clase	Clase	Clase	Clase	Clase	Clase	Clase	Clase	Clase	Clase	Clase	Clase	Clase	Clase
1	CC 1120980207	ORTIZ BRITTON ANA LUCIA	59	0	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N