

202604-235,398,107.00

RAMIREZ ROMAN JULIAN ALEJANDRO

CINCO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL CIENTO SIETE PESOS M/CTE

GOBERNACION DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA

CALLE 20 NRO 13 22
NIT. 892400038-2
SAN ANDRES
Fecha : 23/04/2026

COMPROBANTE
DE EGRESO N° 9013

Beneficiario: 1123628447 - RAMIREZ ROMAN JULIAN ALEJANDRO

Cuenta No: 34800000968Banco: BANCOLOMBIA

Cuenta DE AHORROS

Concepto : SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO ESPECIALISTA PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE LA SEC. DESARROLLO SOCIAL EN LA ATENCION A LA POBLACION VULNERABLE DEL DPTO PRIMER Y ULTIMO PAGO DEL 21 DE NOVIEMBRE AL 20 DE DICIEMBRE DEL 2025

¥I\$CCPET:2.3.2.02.02.009\$CPC:91122\$PROD:4104027\$VALOR:5.652.467

Valor Egreso: 5,398,107.00Orden: 8400

Banco: BANCO DE OCCIDENTE

Cuenta N° : 855835823

CUENTAS CONTABLES			
COD. CUENTA	CONCEPTO	DEBITOS	CREDITOS
1110052317	No. 855-83582-3 Ingresos Corrientes de Libre Destinacion	0.00	5,398,107.00
249054	Honorarios	5,398,107.00	0.00
TOTALES		5,398,107.00	5,398,107.00

DISTRIBUCION PRESUPUESTAL

RUBRO	NOMBRE
03 - 2.3.25.5.1 - 218	2024002880088 - APOYO Y ATENCION INTEGRAL PARA LOS HABITANTES DE Y EN CALLE DEL

DETALLE DE LIQUIDACION DE ORDEN No.8400

Descripción	%	Valor Base	Valor
Descuentos y otros recargos			
ESTAMPILLA PROCULTURA (Dec.043/07-Ordenanza 020/06)	-2,00	5,652,467.00	-113.049,00
ESTAMPILLA PRO-UNAL (Ord. 003-2023) >96uvt 2026 \$5.027.904	-2,00	5,652,467.00	-113.049,00
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR (Ord. 024/2014)	-0,50	5,652,467.00	-28.262,00
		-S	254,360.00
		VALOR NETO \$	5.398.107,00

IRIS LEVER STEELE
TESORERA GENERAL

PAGADOR

ANEXO COMPROBANTE DE EGRESO N° 9,013

No Nit	Beneficiario	Valor Neto Cheque Girado	Información bancaria beneficiario			Firma
			Cuenta	Tipo Cuenta	Entidad Bancaria	
I 1123628447	RAMIREZ ROMAN JULIAN ALEJANDRO	5,398,107.00	34800000968	DE AHORROS	BANCOLOMBIA	
TOTAL		5,398,107.00				

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. 8400

Lugar y Fecha:

SAN ANDRES

22-abr.-2026

Tipo de Orden:

HONORARIOS

Pagado a:

RAMIREZ ROMAN JULIAN ALEJANDRO

Nit/C.C. : 1123628447

NO RESPONSABL

Información Bancaria:

Cuenta Bancaria N° 855031118 - BANCO DE OCCIDENTE -Corriente

Documento_:

01 Contrato de Prestación de Servicios 8610485

Facturas:

Concepto:

SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO ESPECIALISTA PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE LA SEC. DESARROLLO SOCIAL EN LA ATENCION A LA POBLACION VULNERABLE DEL DPTO PRIMER Y ULTIMO PAGO DEL 21 DE NOVIEMBRE AL 20 DE DICIEMBRE DEL 2025

¥1\$CCPET:2.3.2.02.02.009\$CPC:91122\$PROD:4104027\$VALOR:5.652.467

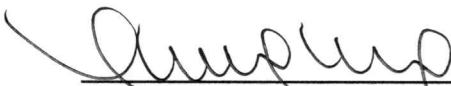
Programa:

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL

Registro Presupuestal: 6651	Vigencia Registro: 2025	01 Contrato de Prestación de Servicios : 8610485
-----------------------------	-------------------------	--

Detalle Orden		Detalle Liquidación			
Imputación Presupuestal	Valor	Descripción	%	V. Base	Valor
03 - 2.3.25.5.1 - 218	5.652.467,00	Descuentos y otros recargos			
	\$ 5.652.467,00	ESTAMPILLA PROCULTURA (Dec	-2,000	5,652,467.00	-113.049,00
		ESTAMPILLA PRO-UNAL (Ord. 003	-2,000	5,652,467.00	-113.049,00
		ESTAMPILLA ADULTO MAYOR (O	-0,500	5,652,467.00	-28.262,00
					\$-254.360,00
					\$ 5.398.107,00

Afectación Contable			
Cuenta	Débito	Crédito	Descripción
24403501	0.00	113.049.00	Estampilla Procultura 2%
2440350202	0.00	28.262.00	E.A.M. Otros Contratos 0.5%
24403504	0.00	113.049.00	Estampilla pro-UNAL 2%
249054	0.00	5.398.107.00	Honorarios
55070579	5.652.467.00	0.00	Honorarios
	5.652.467,00	5.652.467,00	



CHARLES LIVINGSTON LIVINGSTON
SECRETARIO DE HACIENDA



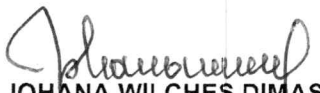
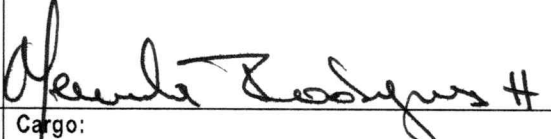
ADRY CRISTINA REEVES POMARE
CONTADOR DEPARTAMENTAL

	GOBERNACIÓN DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA	Fecha de Aprobación 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 encuentran radicados en la Oficina de Jurídica.

CONTRATO Y/O CONVENIO N° CO1.PCCNTR.8610845 CD-SDS-4252-2025														
NOMBRE DEL CONTRATISTA Y/O CONVENIDO: JULIAN ALEJANDRO RAMIREZ ROLDAN														
NOMBRE DEL SUPERVISOR: JOHANA WILCHES DIMAS														
DEPENDENCIA: SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL														
REQUISITOS PARA PAGO FINAL														
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:										SI	NO	N.A.	
	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										X			
	X	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	INFORME FINAL	X	
2	FACTURA O DOCUMENTO EQUIVALENTE										SI	NO	N.A.	
	(En el caso de factura de venta debe cumplir con los requisitos establecidos en el Art. 617 del Estatuto Tributario)												X	
3	INFORME FINAL										SI	NO	N.A.	
	Debe Reposar en la Carpeta del Contrato y/o Convenio el Informe Final Escrito con todos los Soportes Financieros y Evidencias.										X			

La Secretaria 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:  JOHANA WILCHES DIMAS	Nombre 
Cargo: SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL	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 PODRÁ** autorizar pagos finales sin el presente documento debidamente firmado por los que en él actúan.
 Pgm. 2021

	GOBERNACIÓN DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA	Fecha de Aprobación 07/10/2019	Código FO-AP-GJ-25	
	FORMATO CERTIFICACIÓN DE SUPERVISIÓN	Versión: 02	Página 1 de 2	

Fundamentado en el certificado presentado para la evaluación de la supervisión, el suscrito supervisor certifica el cumplimiento de las obligaciones contraídas por el Contrato de Prestación de Servicios, de acuerdo con la información relacionada a continuación:

1. Identificación del Contrato, Convenio, Orden de Servicio, Otro Sí.				
Contratante	Gobernación Departamental			
Representante Legal	Nit. 892400038-2			
Contratista	Julian Alejandro Ramirez Roldan			
Identificación	C.C. 1.123.628.447			
Fecha Inicio	21 de noviembre de 2025			
Número del contrato	N° CO1.PCCNTR.8610845 CD-SDS-4252-2025			
Supervisor	JOHANA WILCHES DIMAS			
Tipo de contrato	Prestación de servicios profesionales			
Objeto del Contrato o Convenio				
Prestación de servicios profesionales como medico especialista para el desarrollo de las actividades de la Secretaría de Desarrollo Social en la atención a la población vulnerable del Departamento.				
1. Fecha inicial de ejecución: 21 de noviembre de 2025				
2. Prórrogas:	SI ☐	NO ☒		
3. Adiciones:	SI ☐	NO ☒		
4. En caso positivo, por favor señalar los otros sí suscritos con las prórrogas y/o adiciones. Ejemplo: Otro Sí:				
5. Fecha de terminación: 20 de diciembre de 2025				
6. Valor inicial: \$5.652.467				
7. Valor final: \$5.652.467				
8. El contrato tuvo otras modificaciones SI ☐ NO ☒				
9. En caso positivo, señalar los documentos de modificación				
10. 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 ejecución que se consideren pertinentes.				
Naturaleza de la Entidad contratista		Natural ☒	Juridica ☐	
Pólizas		N°		
Publicación				
Fecha de inicio, suspensión reinicio		Fecha de inicio: 21 de noviembre de 2025		
Fecha final		Fecha final: 20 de diciembre de 2025		
Certificados	Numero	Secretaria Ejecutora	Fecha	Valor
Disponibilidad Presupuestal	6429	Desarrollo Social	6 noviembre 2025	\$5.652.467
Registro Presupuestal	6651	Desarrollo Social	21 noviembre 2025	\$5.652.467

	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 ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA**

CERTIFICA

Que recibió a satisfacción de la señora **JULIAN ALEJANDRO RAMIREZ ROMAN**, identificada con cédula de ciudadanía No **1123628447**, las obligaciones específicas establecidas en Contrato de Prestación de Servicio No. **CO1.PCCNTR.8610845** del 2025, del Proceso Contractual No. **CD-SDS-4252-2025**. Para efectos del pago correspondiente a un mes de servicio, suministro la siguiente información:

1. Información del Contrato

Objeto	Prestación de servicios profesionales como médico especialista para el desarrollo de las actividades de la secretaria de desarrollo social en la atención a la población vulnerable del Departamento.
Periodo Certificado	21 de noviembre al 20 de diciembre de 2025
Informe Número	1 (UNO)
Fecha de Suscripción del contrato	19 de noviembre de 2025
Fecha de Inicio	21 de noviembre de 2025
Plazo inicial del Contrato	1 mes
Valor Inicial del Contrato	\$5.652.467
Forma y Condiciones de Pago	La Gobernación realizara un pago único en un mes por valor de CINCO MILLONES SEISCIENTOS CINCEUNTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS (\$5.652.467)
CDP (Certificado De Disponibilidad Presupuestal) No.	6429 del 6 de noviembre de 2025
Rp (Registro Presupuestal) No.	6651 del 21 de noviembre de 2025
VALOR A PAGAR	\$5.652.467
Dirección del Contratista	CABAÑAS ALTAMAR
Correo Electrónico del Contratista	Julianramirez14@hotmail.com
Nombre del Supervisor	JOHANA WILCHES DIMAS

	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 4 de 4

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	0

5. Observaciones

UNICA CUENTA

6. Anexos

ANEXO	No. FOLIOS
- FORMATO INFORME - CERTIFICADO DE ARL - CERTIFICADO DE SALUD - CERTIFICADO DE PENSION - CERTIFICADO CUENTA BANCARIA	9

De conformidad a lo antes expuesto y para constancia se firma en San Andrés Isla, a los VEINTITRES (23) días del mes de diciembre de 2025.


JOHANA WILCHES DIMAS
Secretaria de Desarrollo Social

Proyectó: Julian Alejandro Ramirez Roman
Revisó: JWilches/Secretaria de Desarrollo Social
Archivó: Secretaria de Desarrollo Social

DATOS GENERALES DEL APORTANTE														
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF						
CC 1123438447		RAHIREZ ROMAN JULIAN ALEJANDRO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CABAÑA ALTA MAR	SAN ANDRES-SAN ANDRES	7777777	No						

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																											
EMPLEADO		NOVEDADES										PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS			PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombre	Ingresos	Retenciones	Exoneraciones	Exoneraciones	Exoneraciones	Exoneraciones	Exoneraciones	Exoneraciones	Exoneraciones	Exoneraciones	Exoneraciones	Exoneraciones	Exoneraciones	Exoneraciones	Exoneraciones	Exoneraciones	Exoneraciones	Exoneraciones	Exoneraciones	Exoneraciones	Exoneraciones	Exoneraciones	Exoneraciones	Exoneraciones	Exoneraciones
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																											
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																											
Ciudad: SAN ANDRES Depto: SAN ANDRES (1 Afiliados)																											
1	CC 1123438447	RAHIREZ JULIAN																									
Total																											

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-11		1971267790	6495213723	1	2025/12/11	2025/12/01	BANCO CAJA SOCIAL	0	\$1,277,000
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO									
		CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$704,000	\$0	\$0	\$704,000
PORVENIR		230301	800,224,808	8	1	\$704,000	\$0	\$0	\$704,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$23,000	\$0	\$0	\$23,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS		14-23	860,011,153	6	1	\$23,000	\$0	\$0	\$23,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$550,000	\$0	\$0	\$550,000
SANITAS		EP5005	800,251,440	6	1	\$550,000	\$0	\$0	\$550,000
TOTAL					1	\$1,277,000	\$0	\$0	\$1,277,000

**LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
CERTIFICA QUE:**

JULIAN ALEJANDRO RAMIREZ ROMAN identificado con **Cédula Ciudadanía 1123628447** registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE	
Nombre y/o Razón Social	GOBERNACION DEPARTAMENTAL
Tipo y Número de Documento	Cédula Ciudadanía 1020805355
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA	
Fecha de Inicio de Cobertura	2025/11/21
Estado de Afiliación	Activo
Tipo de Vinculación	Independiente
Fecha de Inicio del Contrato	2025/11/21
Fecha Fin del Contrato	2025/12/20
Código Actividad Económica Principal	3869201
Clase de Riesgo	3
Fecha de Retiro	2025/12/20

Esta certificación se expide a los 2025/12/11.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin del contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prórroga deberá realizar la correspondiente novedad.

Cordialmente,

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**

Positiva Compañía de Seguros S.A.:

Nit. 860.011.153-8 | 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 autorregulación.

**LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS**



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

En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

JULIAN ALEJANDRO RAMIREZ ROMAN, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.123.628.447**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 5 de Diciembre del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.