03 06 2026 **$ 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° **14548**

Beneficiario Real : LICONA FONTALVO SANDRA MILENA
Cuenta No: 855834511 **Banco:** BANCO DE OCCIDENTE Cuenta de Ahorros
Direccion: SOCORRO BLAS 554 MZ LOTE 20 Ciudad:CARTAGENA Teléfono:55555555
Concepto: PAGO DE SERVICIO
Valor Egreso: 5,529,533.00 **Nit :** 40993936
Ordenes de Pago: 13532-13534-

Cheque N° : **Banco:**BANCO BOGOTA **Cuenta N° :** 540-04660-4

ORDENES DE PAGO

VIGENCIA	No ORDEN	DESCRIPCION	VALOR TOTAL	VALOR NETO
2.026	13.534	ADIC.- SERVICIOS PROFEISONALES COMO BACTERIOLOGA AL SERVICIO DE LA SEC.SALUD - INFORME 5 DEL 1 AL 30 DE ABRIL DEL 2026	2,764,766.00	2,764,766.00
2.026	13.532	¥§CCPET§2.3.2.02.02.009§CPC1§91122§PROD§1905043§VAL1§¥8294299 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 INFORME 5 DEL 1 AL 30 DE ABRIL DEL 2026	2,764,767.00	2,764,767.00
		TOTAL	**5,529,533.00**	**5,529,533.00**

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 ENFERM
05 - 2.3.19.21.3.2.98.1 - 200	2024002880098 - _._._ - PREVENCION Y PROMOCION PARA LA DISMINUCION DE LAS ENFERM

IRIS LEVER STEELE
TESORERA GENERAL

PAGADOR

EGARCIA

RECIBI:
C.C. o NIT

GOBERNACION DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA

NIT. 892400038-2

ORDEN DE PAGO

Vigencia Fiscal 2026 **Orden de Pago No. 13534**

Lugar y Fecha: SAN ANDRES 2-jun.-2026
Tipo de Orden: HONORARIOS ACCIONES DE SALUD PUBLICA
Pagado a: LICONA FONTALVO SANDRA MILENA **Nit/C.C. :** 40993936 NO RESPONSABL
Información Bancaria: Cuenta Bancaria Nº 09808186443 - BANCOLOMBIA -Ahorros
Documento_: 01 Contrato de Prestación de Servicios ADIC.02-8630644-2025
Facturas:
Concepto: ADIC.- SERVICIOS PROFEISONALES COMO BACTERIOLOGA AL SERVICIO DE LA SEC.SALUD - INFORME 5 DEL 1 AL 30 DE ABRIL DEL 2026

¥§CCPET§2.3.2.02.02.009§CPC1§91122§PROD§1905043§VAL1§¥8294299
Programa: SECRETARÍA DE SALUD

Registro Presupuestal: **4432** Vigencia Registro: **2026** 01 Contrato de Prestación de Servicios : ADIC.02-8630644-2025

Detalle Orden	
Imputación Presupuestal	Valor
05 - 2.3.19.21.3.2.98.1 - 200	2.764.766,00
	$ 2.764.766,00

Detalle Liquidación			
Descripción	%	V. Base	Valor

$ 2.764.766,00

Afectación Contable			
Cuenta	**Débito**	**Crédito**	**Descripción**
24800401	0.00	2.764.766.00	Acciones SP Honorarios
5502057901	2.764.766.00	0.00	Honorarios-Salud publica
	2.764.766,00	2.764.766,00	

CHARLES LIVINGSTON LIVINGSTON
SECRETARIO DE HACIENDA

ADRY CRISTINA REEVES POMARE
CONTADOR DEPARTAMENTAL

IMPRIMIO : MARIELA BENT DE AVILA

GOBERNACION DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA

4060

NIT. 892400038-2

ORDEN DE PAGO

Vigencia Fiscal 2026 **Orden de Pago No. 13532**

Lugar y Fecha: SAN ANDRES 2-jun.-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 INFORME 5 DEL 1 AL 30 DE ABRIL 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	2.764.767,00
	$ 2.764.767,00

Detalle Liquidación

Descripción	%	V. Base	Valor

$ 2.764.767,00

Afectación Contable

Cuenta	Débito	Crédito	Descripción
24800401	0.00	2.764.767.00	Acciones SP Honorarios
5502057901	2.764.767.00	0.00	Honorarios-Salud publica
	2.764.767,00	2.764.767,00	

CHARLES LIVINGSTON LIVINGSTON
SECRETARIO DE HACIENDA

ADRY CRISTINA REEVES POMARE
CONTADOR DEPARTAMENTAL

IMPRIMIO : MARIELA BENT DE AVILA

ord 13532 — ord 13534

	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 abril al 30 de abril de 2026
Informe Número	05
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 + 1 mes 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 seis (06) cuotas mensuales por valor cada una de Cinco millones quinientos veintinueve mil quinientos treinta y tres pesos ($5.529.533) 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 5036 del 17 de marzo 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 4432 del 26 de marzo 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

MODIFICACIONES AL CONTRATO		
Modificatorio No:	001	002
Tipo de Modificatorio	Contrato	Contrato
Fecha	13/02/2026	26/03/2026
Cláusula Modificada	Al Contrato	Al Contrato
Resumen del Modificatorio	Se anexa información correspondiente a CDP y RP	Se añade tiempo y valor CDP $8.294.299
Valor final (+ Modificatorio)	No Aplica	$33.177.198
Plazo de Ejecución Final (+ Modificatorio)	No Aplica	6 meses

2. Garantias

¿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
23/04/2026	77043326	$5.529.533	$2.192.416	$274.000	$350.800	$9.200

4. Cumplimiento de Ejecución Presupuestal

Valor Total de los pagos realizados a la fecha ($)	%
Veintidós millones ciento dieciocho mil ciento treinta y dos pesos ($22.118.132) M/CTE	66.6%

5. Observaciones

6. Anexos

ANEXO	No. FOLIOS
• RP • CDP • PAGO DE APORTES • CONTRATO DE SECOP • JUSTIFICACION • ADICION	8

De conformidad a lo antes expuesto y para constancia se firma en San Andrés Isla, a los veintidos (22) días del mes de mayo 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	melcho9_21@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		ARCHIPIÉLAGO DE	SAN ANDRÉS		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		77043326	23/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$0	$634.000	

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	0	0	0	274.000	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	0	0		350.800	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	9.200				9.200	0	0	9.200			92	9.200	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	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	274.000	274.000
Pensión	1	350.800	350.800
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	634.000	634.000

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	melcho9_21@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		ARCHIPIÉLAGO DE	SAN ANDRÉS		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		77043326	23/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$0	$634.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES					
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colombiano en el exterior	Colombiano	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	IRP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	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	30	350.800	0	0	0	0	EPS005	2.192.416	30	274.000	14-23	2.192.416	30	1	9.200		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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