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 MARZO DE 2026 A 22 DE ABRIL DE 2026
Informe Número	DOS (2)
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
26/05/2026	85997180	4.120.519	1.750.905	219.600	281.100	9.300

4. Cumplimiento de Ejecución Presupuestal

Valor Total de los pagos realizados a la fecha ($)	%
4.120.519	25 %

5. Observaciones

SEGUNDA CUENTA

6. Anexos

ANEXO	No. FOLIOS
- Informe de prestación de servicios de apoyo a la gestión, Incluyendo evidencias fotográficas (6 páginas) - Certificado de seguridad social. (1 página)	7

De conformidad a lo antes expuesto y para constancia se firma en San Andrés Isla, a los DOS (02) DIAS del mes de JUNIO 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

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO			
CONTRATISTA	**FABIO JOSE ONEILL PUSEY**	C.C.	**1.123.638.681**
AÑO	2026	NO. CONTRATO	**CO1.PCCNTR.9230702 CD-SDS-2617-2026**
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 DEL INFORME #2	**DESDE:**	23 de MARZO 2026	**HASTA:** 22 de ABRIL de 2026

1. ACTIVIDADES EJECUTADAS

Ítem	*Objetivo / Entregable*	*Actividad*
1.	APOYAR EN LA SUPERVISIÓN DIARIA DE LOS CENTROS DE BIENESTAR YCLUBES ED FRATERNIDADES DORADAS.	Fecha: 25 de marzo de 2026. Lugar: Centro de Bienestar del Adulto Mayor. Se realizó visita de supervisión para verificar el desarrollo de las actividades diarias, el cumplimiento de la programación establecida y las condiciones de atención brindadas a los beneficiarios. Se verificó el adecuado funcionamiento del centro y se formularon recomendaciones de mejora relacionadas con la organización de los espacios.
2.	ASISTIR EN AL PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN DE TALLERES ED AUTOGESTIÓN ECONÓMICA PARA LOS ADULTOS MAYORES.	**Fecha:** 30 de marzo de 2026. **Lugar:** Centro de Bienestar del Adulto Mayor. Se apoyó la planificación de un taller sobre administración básica de recursos personales y economía familiar dirigido a los beneficiarios del programa. **Resultado:** Se definieron contenidos, metodología y cronograma del taller. **Fecha:** 20 de abril de 2026. **Lugar:** Club de Fraternidad Dorada – La Loma. Se acompañó la ejecución del taller de autogestión económica, orientando a los participantes sobre alternativas para fortalecer pequeños emprendimientos y actividades productivas.

3.	COLABORAR CON LOS COORDINADORES DE LOS CENTROS Y CLUBES PARA IDENTIFICAR NECESIDADES Y OPORTUNIDADES DE MEJORA.	**Fecha:** 01 de abril de 2026. **Lugar:** Secretaría de Desarrollo Social. Se sostuvo reunión de trabajo con coordinadores para revisar el estado operativo de los Centros de Bienestar y Clubes de Fraternidades Doradas. **Fecha:** 21 de abril de 2026. **Lugar:** Centro de Bienestar del Adulto Mayor. Se realizó recorrido de verificación con los coordinadores para identificar oportunidades de mejora en la organización de actividades y atención a los usuarios.
4.	DESARROLLAR E IMPLEMENTAR ESTRATEGIAS PARA PROMOVER LA AUTOGESTION ECONÓMICA YLA PARTICIPACIÓN ED LOS ADULTOS MAYORES EN LAS ACTIVIDADES.	**Fecha:** 07 de abril de 2026. **Lugar:** Centro de Bienestar del Adulto Mayor. Se apoyó el diseño de una estrategia de promoción para incentivar la participación de los adultos mayores en actividades formativas y recreativas. **Fecha:** 17 de abril de 2026. **Lugar:** Club de Fraternidad Dorada – North End. Se implementó una jornada de orientación sobre oportunidades de participación en iniciativas comunitarias y productivas.
5.	MANTENER REGISTROS Y REPORTES SOBRE LAS ACTIVIDADES Y RESULTADOS DE LOS TALLERES Y PROGRAMAS.	**Fecha:** 09 de abril de 2026. **Lugar:** Secretaría de Desarrollo Social. Se consolidó la información correspondiente a la ejecución de talleres y actividades desarrolladas durante el periodo.
6.	APOYAR LAS ACTIVIDADES A REALIZARSE CUANDO ASI SEA REQUERIDO BAJO LA RESPONSABILIDAD DE LA SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL.	**Fecha:** 11 de abril de 2026. **Lugar:** Centro de Bienestar del Adulto Mayor. Se brindó apoyo logístico en la organización de una jornada institucional, coordinando la disposición del espacio y la atención de los beneficiarios.

		Resultado: Desarrollo oportuno y organizado de la actividad. **Fecha:** 22 de abril de 2026. **Lugar:** Secretaría de Desarrollo Social. Se apoyó la organización y archivo de la documentación generada durante el desarrollo de las actividades del periodo. **Resultado:** Expedientes organizados para seguimiento contractual.
7.	ENTREGAR INFORMES MENSUALES CON EVIDENCIAS FÍSICAS YO/ DIGITALES DE LA GESTIÓN REALIZADA.	Durante el periodo comprendido se consolidó la información de las actividades desarrolladas, integrando evidencias físicas y digitales, garantizando la trazabilidad y transparencia de la gestión realizada en el marco del fortalecimiento del programa de atención integral al adulto mayor.

En constancia de lo anterior, se firma el presente informe a los DOS (02) DIAS del mes de JUNIO del 2026.

Fabio oneill

Contratista
FABIO ONEILL PUSEY

Supervisor
JOHANA WILCHES DIMAS
Secretaria de Desarrllo Social.

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	18003082	FABIO JOSE O NEILL PUSEY		LOMA BARRACK	5132027	fabiooneill@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I – Independiente			ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS PROVID	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
		85997180	26/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	$0	$510.000	

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	218.900	0		0		0	4	700	0	219.600	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
230301	Porvenir	800224808-8	280.200	0	0	0	0	4	900	0	281.100	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	4	100	9.300			92	9.300	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	4	0	0	0
ICBF				
0	4	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	219.600
Pensión	1	280.200	281.100
Riesgos Laborales	1	9.200	9.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	508.300	510.000

Este documento está clasificado como PRIVAD[illegible]or parte de Compensar Operador de Informac[illegible]

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	18003082	FABIO JOSE O NEILL PUSEY		LOMA BARRACK	5132027	fabiooneill@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	I – Independiente			ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS Y PROVID	SAN ANDRÉS	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		85997180	26/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	$0	$510.000	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE						INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES				
Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Edades	Extranjero	Colomb. exterior	Estudiante	INGRESO	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	DEDUCCIÓN	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
CC 18003082	O NEILL PUSEY FABIO JOSE	59	0				X																270301	1.750.905	30	350.200	0	0	0	0	EPS026	1.750.905	30	218.900	14-23	1.750.905	30	1	5.200		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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