

2026 -07 -23

4,017,506.00

BALLESTAS PEDROZA ELIECER DAVID

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 N° 18145

Beneficiario: BALLESTAS PEDROZA ELIECER DAVID

Cuenta No: 481030040153

Banco: BANCO AGRARIO DE COLOMBIA

Cuenta DE AHORROS

Concepto : SERVICIOS PROFESIONALES COMO ABOGADO AL SERVICIO DE LA SEC.TURISMO CUARTO Y ULTIMO PAGO DEL 9 DE MAYO AL 8 DE JUNIO DEL 2026

¥\$CCPET\$2.3.2.02.02.008\$CPC1\$83990\$PROD\$3502046\$VAL1\$¥16482076

Valor Egreso: 4,017,506.00

Orden: 16993

Banco: BANCO BOGOTA

Cuenta N° : 540-192671

CUENTAS CONTABLES

COD. CUENTA	CONCEPTO	DEBITOS	CREDITOS
1110050155	No. 540-192671 GOBERNACION SAI INGRESO CORRIENTE	0.00	4,017,506.00
249054	LIBRE DESTINACION		
	Honorarios	4,017,506.00	0.00
TOTALES		4,017,506.00	4,017,506.00

DISTRIBUCION PRESUPUESTAL

RUBRO	NOMBRE
03 - 2.3.37.5.1 - 200	2024002880032 - DISEÑO E IMPLEMENTACION DE ESTRATEGIAS E INICIATIVAS DE PROMOCIO

DETALLE DE LIQUIDACION DE ORDEN No.16993

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 N° 18,145

No Nit	Beneficiario	Valor Neto	Cheque Girado	Información bancaria beneficiario			Firma
				Cuenta	Tipo Cuenta	Entidad Bancaria	
1 18003802	BALLESTAS PEDROZA ELIECER DAVID	4,017,506.00		481030040153	DE AHORROS	BANCO AGRARIO D	
TOTAL		4,017,506.00					

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. 16993

Lugar y Fecha: SAN ANDRES9-jul.-2026

Tipo de Orden: HONORARIOS PAGO PARCIAL O FINAL

Pagado a: BALLESTAS PEDROZA ELIECER DAVIDNit/C.C. : 18003802NO RESPONSABL

Información Bancaria: Cuenta Bancaria N° 266000165909 - DAVIVIENDA -Ahorros

Documento : 01 Contrato de Prestación de Servicios 9172832

Facturas:

Concepto: SERVICIOS PROFESIONALES COMO ABOGADO AL SERVICIO DE LA SEC.TURISMO CUARTO Y ULTIMO PAGO DEL 9 DE MAYO AL 8 DE JUNIO DEL 2026

¥\$CCPET\$2.3.2.02.02.008\$CPC1\$83990\$PROD\$3502046\$VAL1\$¥16482076

Programa: SECRETARÍA DE TURISMO

Registro Presupuestal: 3118Vigencia Registro: 202601 Contrato de Prestación de Servicios : 9172832

Detalle Orden		Detalle Liquidación			
Imputación Presupuestal	Valor	Descripción	%	V. Base	Valor
03 - 2.3.37.5.1 - 200	4.120.519,00	Descuentos y otros recargos			
	\$ 4.120.519,00	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
511179	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

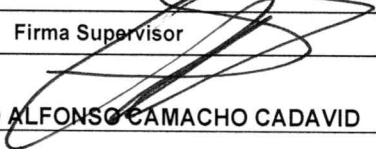
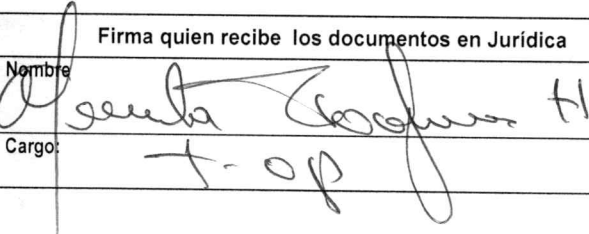
16993

	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 encuentren radicados en la Oficina de Jurídica.

CONTRATO Y/O CONVENIO N°: CO1.PCCNTR. 9172832 DEL 2026 CD-STU-3111-2026															
NOMBRE DEL CONTRATISTA Y/O CONVENIO: ELIECER DAVID BALLESTAS PEDROZA															
NOMBRE DEL SUPERVISOR: RICARDO ALFONSO CAMACHO CADAVID															
DEPENDENCIA: SECRETARIO DE TURISMO															
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		X
	Registro de videos														X
	Evidencias: Camisetas, Piezas publicitarias, etc.														X
	Número de informes que deben reposar en el Convenio o Contrato incluido el informe final														
	1	2	3	4 x	5	6	7	8	9	10	11	INFORME FINAL			
2	FACTURA O DOCUMENTO EQUIVALENTE (En el caso de factura de venta debe cumplir con los requisitos establecidos en el Art. 617 del Estatuto Tributario)												SI	NO	N.A.
															X
3	COMPROBANTE DE ENTRADA AL ALMACEN (Si alguno de los entregables del contrato, conlleva suministros, estos deben ingresar al Almacén Departamental, donde se expide el Comprobante de Entrada al Almacén)												SI	NO	N.A.
															X
4	INFORME FINAL Debe Reposar en la Carpeta del Contrato y/o Convenio el Informe Final Escrito con todos los Soportes Financieros y Evidencias.												SI	NO	N.A.
													X		

El Secretario 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 RICARDO ALFONSO CAMACHO CADAVID	Nombre Santa Cecilia
Cargo: SECRETARIO DE TURISMO	Cargo: T-OP

TENGA EN CUENTA:

- Todos los documentos que se aporten deben tener óptima calidad de impresión y legibilidad.
- Para el pago final debe presentar este formato firmado por la Oficina de Jurídica.

Nota: La Secretaria de Hacienda **NO PODRA** autorizar pagos finales sin el presente documento debidamente firmado por los que en el actúan.

	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 TURISMO DEL DEPARTAMENTO ARCHIPIELAGO
DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA**

CERTIFICA

Que recibió a satisfacción del/la señor/a **ELIECER DAVID BALLESTAS PEDROZA** Identificado/a con cédula de ciudadanía N°**18.003.802**, las Obligaciones Específicas establecidas en Contrato de Prestación de Servicio N°**CO1.PCCNTR. 9172832 del 2026**, del Proceso Contractual No. **CD-STU-3111-2026**. Para efectos del pago correspondiente a (un mes y/o días) de servicio, suministro la siguiente información:

1. Información del Contrato

Objeto	Prestar servicios profesionales como abogado ante la Secretaría de Turismo Departamental, en el Marco del programa de diseño e implementación de estrategias e iniciativas de promoción para fortalecer la posición competitiva del destino en el archipiélago de San Andres, Providencia y Santa Catalina
Periodo Certificado	Del 9 de Mayo 8 de Junio 2026
Informe Número	Cuatro (4)
Fecha de Suscripción del contrato	27/01/2026
Fecha de Inicio	9/02/2026
Plazo inicial del Contrato	4 Meses
Valor Inicial del Contrato	\$16.482.076
Forma y Condiciones de Pago	Pago del valor del contrato en cuatro (4) cuotas mensuales, por el valor de Cuatro Millones Ciento Veinte Mil Quinientos Diecinueve Mil Pesos (\$4.120.519) M/cte.
CDP (Certificado De Disponibilidad Presupuestal) No.	4421
Rp (Registro Presupuestal) No.	3118
VALOR A PAGAR	Cuatro Millones Ciento Veinte Mil Quinientos Diecinueve Mil Pesos (\$4.120.519) M/cte.
Dirección del Contratista	Centro
Correo Electrónico del Contratista	eliecerballestas@hotmail.com
Nombre del Supervisor	RICARDO ALFONSO CAMACHO CADAVID

91

	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 2 de 3

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

	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

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
17/06/2026	83954180	\$4.120.519	\$2.189.200	\$276.800	\$354.200	\$11.700

4. Cumplimiento de Ejecución Presupuestal

Valor Total de los pagos realizados a la fecha (\$)	%
\$12.361.557	75%

5. Observaciones

6. Anexos

ANEXO	No. FOLIOS
1. Planillas	1

De conformidad a lo antes expuesto y para constancia se firma en San Andrés Isla, a los tres (3) días del mes de julio de 2026


RICARDO ALFONSO CAMACHO CADAVID
Secretario de Turismo

Proyecto: V:B
Reviso: J:M
Archivo: W:Q

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 de 2

DATOS DEL APORTANTE			
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN
CC	18003802	ELIECER DAVID BALLESTAS PEDROZA	calle bay- calle 4 - 4-30
FORMA PRESENTACIÓN		NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO
ÚNICA		1 - Independiente	
		DEPARTAMENTO	CORREO
		ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS	eliecerballestas@hotmail.com
		Ciudad / Municipio	
		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)
		83954180	17/06/2026
PERIODO SALUD		PERIODO PENSIÓN	TOTAL NOMINA
2026-05		2026-05	\$0
		TIPO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
		1	\$642.700

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD			
Código EPS	Nombre	NIT	UPC Adicional
EPS037	Nueva EPS	90015264-2	273.700
TOTALES PENSIÓN			
Código AFP	Nombre	NIT	UPC Adicional
25-14	Colpensiones	900336004-7	350.300

TOTALES RIESGOS LABORALES			
Código ARL	Nombre	NIT	UPC Adicional
14-23	Positiva Seguros	86001153-6	11.500

TOTALES CAJAS			
Código CCF	Nombre	NIT	UPC Adicional

TOTALES PARAFISCALES			
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar
0	15	0	0
0	15	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	273.700	276.800
Pensión	1	350.300	354.200
Riesgos Laborales	1	11.500	11.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	635.500	642.700

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 2 de 2

DATOS DEL APORTANTE			
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN
CC	18003802	ELIECER DAVID BALLESTAS PEDROZA	Barrio bay - calle 4 - 4-30
FORMA PRESENTACIÓN		CÓDIGO	DEPARTAMENTO
UNICA		I = Independiente	ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANTONES DE GUAY
TELÉFONO		CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
3019678759		eliecerballestas@hotmail.com	NO
CIUDAD/MUNICIPIO		SAN ANDRÉS	

DATOS DE LA PLANILLA			
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)
		83954180	17/00/2026
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA
2026-05	2026-05	1	\$0
TOTAL A PAGAR			\$942.700

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACION COTIZANTE			INFORMACION NOVEDADES												PENSIÓN				SALUD				RIESGOS LABORALES				CCP				PARAFISCALES			
No.	Tipo y Número de identificación	Apellidos y Nombres	Comunicación	Céd. APP	IBC APP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ANL	IBC ANL	IBG ANL	Cotización	Código CCP	IBC CCP	Aporte CCP	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBP	Aporte ESAP	Aporte MEN									
1	CC 18003802	BALLESTAS PEDROZA ELIECER DAVID	26-14	2.180.200	30	360.300	0	0	0	0	EP9037	2.180.200	360	273.700	14.23	2.180.200	30	11.500		0	0	0	0	0	0									