2026 -08 -05 **6,984,737.00**

CARDENAS ARCHBOLD HEIDI LILIANA

SEIS MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS TREINTA Y SIETE 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° **19587**

Beneficiario: CARDENAS ARCHBOLD HEIDI LILIANA
Cuenta No: 34858865532 **Banco:** BANCOLOMBIA Cuenta DE AHORROS

Concepto : SERVICIOS PROFESIONALES COMO ABOGADO ESPECIALISTA EN CONTRATACION ESTATAL AL SERVICIO DE LA SEC GENERAL APOYANDO EN MATERIA CONTRACTUAL Y LA EXPEDICION DE DOCUMENTOS Y ACTOS ADMINISTRATIVOS CUARTO Y ULTIMO PAGO DEL 14 DE ABRIL AL 13 DE MAYO DEL 2026

¥1§CCPET:2.1.2.02.02.008§CPC:83990§PROD:0§VALOR:29.255.440

Valor Egreso: 6,984,737.00 **Orden:** 18398

Banco: BANCO BOGOTA **Cuenta N° :** 540-192671

CUENTAS CONTABLES

COD. CUENTA	CONCEPTO	DEBITOS	CREDITOS
1110050155	No. 540-192671 GOBERNACION SAI INGRESO CORRIENTE LIBRE DESTINACION	0.00	6,984,737.00
249054	Honorarios	6,984,737.00	0.00
	TOTALES	**6,984,737.00**	**6,984,737.00**

DISTRIBUCION PRESUPUESTAL

RUBRO	NOMBRE
03 - 2.1.2.2.2.8.90.10 - 200	Despacho del Gobernador - Servicios prestados a las empresas y servicios de producción

DETALLE DE LIQUIDACION DE ORDEN No.18398

Descripción	%	Valor Base		Valor
Descuentos y otros recargos				
ESTAMPILLA PROCULTURA (Dec.043/07-Ordenanza 020/06)	-2.00	7,313,860.00		-146,277.00
ESTAMPILLA PRO-UNAL (Ord. 003-2023) >96uvt 2026 $5.027.904	-2.00	7,313,860.00		-146,277.00
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR (Ord. 024/2014)	-0.50	7,313,860.00		-36,569.00
			-$	**329,123.00**
		VALOR NETO	**$**	**6,984,737.00**

IRIS LEVER STEELE
TESORERA GENERAL

PAGADOR

ANEXO COMPROBANTE DE EGRESO N° 19,587

No	Nit	Beneficiario	Valor Neto	Cheque Girado	Información bancaria beneficiario			Firma
					Cuenta	Tipo Cuenta	Entidad Bancaria	
1	40992047	CARDENAS ARCHBOLD HEIDI LILIANA	6,984,737.00		34858865532	DE AHORROS	BANCOLOMBIA	
		TOTAL	**6,984,737.00**					

Convenciones - * REP => Cheque Anulado Por Reposición

Elaboro: GHUDSON

GOBERNACION DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA

NIT. 892400038-2

ORDEN DE PAGO

Vigencia Fiscal 2026 **Orden de Pago No. 18398**

19587

Lugar y Fecha: SAN ANDRES 4-ago.-2026
Tipo de Orden: HONORARIOS
Pagado a: CARDENAS ARCHBOLD HEIDI LILIANA **Nit/C.C. :** 40992047 NO RESPONSABL
Información Bancaria: Cuenta Bancaria Nº 855844510 - BANCO DE OCCIDENTE -Ahorros
Documento_: 01 Contrato de Prestación de Servicios 8857893
Facturas:
Concepto: SERVICIOS PROFESIONALES COMO ABOGADO ESPECIALISTA EN CONTRATACION ESTATAL AL SERVICIO DE LA SEC GENERAL APOYANDO EN MATERIA CONTRACTUAL Y LA EXPEDICION DE DOCUMENTOS Y ACTOS ADMINISTRATIVOS CUARTO Y ULTIMO PAGO DEL 14 DE ABRIL AL 13 DE MAYO DEL 2026

¥1§CCPET:2.1.2.02.02.008§CPC:83990§PROD:0§VALOR:29.255.440
Programa: SECRETARÍA GENERAL

Registro Presupuestal: **234** Vigencia Registro: **2026** 01 Contrato de Prestación de Servicios : 8857893

Detalle Orden

Imputación Presupuestal	Valor
03 - 2.1.2.2.2.8.90.10 - 200	7.313.860,00
	$ 7.313.860,00

Detalle Liquidación

Descripción	%	V. Base	Valor
Descuentos y otros recargos			
ESTAMPILLA PROCULTURA (Dec	-2,000	7,313,860.00	-146.277,00
ESTAMPILLA PRO-UNAL (Ord. 003	-2,000	7,313,860.00	-146.277,00
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR (O	-0,500	7,313,860.00	-36.569,00
			$-329.123,00
			$ 6.984.737,00

Afectación Contable

Cuenta	Débito	Crédito	Descripción
24403501	0.00	146.277.00	Estampilla Procultura 2%
2440350202	0.00	36.569.00	E.A.M. Otros Contratos 0.5%
24403504	0.00	146.277.00	Estampilla pro-UNAL 2%
249054	0.00	6.984.737.00	Honorarios
511179	7.313.860.00	0.00	Honorarios
	7.313.860,00	7.313.860,00	

MARLON MITCHELL HUMPHRIES
SECRETARIO DE HACIENDA

ADRY CRISTINA REEVES POMARE
CONTADOR DEPARTAMENTAL

IMPRIMIO : OSILIS ESTHER WILLIAMS HOOKER

18398.

	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 8857893-2026**, del Proceso No. **CD-SGE-0556-2026.**

NOMBRE DEL CONTRATISTA Y/O CONVENIO: **HEIDI LILIANA CARDENAS ARCHBOLD**

NOMBRE DEL SUPERVISOR: **JOSE NORRELL MITCHELL NELSON**

DEPENDENCIA: **SECRETARIO GENERAL**

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	
	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	X		
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 JOSE NORRELL MITCHELL NELSON	**Nombre**
Cargo: SECRETARIO GENERAL	**Cargo** T-OP

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 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 GENERAL DEL DEPARTAMENTO ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA

CERTIFICA

Que recibió a satisfacción del/la señor/ **HEIDI LILAINA CARDENAS ARCHBOLD,** Identificado/a con cédula de ciudadanía **No. 40.992047,** las actividades de acuerdo con lo establecido en el Contrato de Prestación de Servicio **CO1.PCCNTR 8857893-2026**, del Proceso No. **CD-SGE-0556-2026.** Para efectos del pago correspondiente a treinta (30) días de servicio suministro la siguiente información:

1. Información del Contrato

Objeto	**PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES COMO ABOGADO ESPECIALISTA EN CONTRATACIÓN ESTATAL AL SERVICIO DE LA SECRETARÍA GENERAL DE LA GOBERNACIÓN DE SAN ANDRÉS APOYANDO EN MATERIA CONTRACTUAL ASÍ CÓMO TAMBIÉN EN LA EXPEDICIÓN DE DOCUMENTOS Y ACTOS ADMINISTRATIVOS.**
Periodo Certificado	14 de abril al 13 de mayo de 2026
Informe Número	cuatro (4)
Fecha de Suscripción del contrato	14 de enero de 2026
Fecha de Inicio	14 de enero de 2026
Plazo inicial del Contrato	Cuatro (4) Meses
Valor Inicial del Contrato	**VEINTINUEVE MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL PESOS CUATROCIENTOS CUARENTA PESOS. ($29.255.440) M/CTE**
FORMA Y CONDICIONES DE PAGO	LA GOBERNACIÓN REALIZARÁ EL PAGO DEL VALOR DE CONTRATO EN CUATRO (4) CUOTAS MENSUALES POR VALOR DE SIETE MILLONES TRECIENTOS TRECE MIL OCHOCIENTOS SESENTA PESOS($7.313.860,00)M/CTE.CORRESPONDIENTES A CUATRO (4) MESES. 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.	No. 1460 de 10 de Enero de 2026
Rp (Registro Presupuestal) No.	No. 234 del 14 de enero de 2026
VALOR A PAGAR	SIETE MILLONES TRECIENTOS TRECE MIL OCHOCIENTOS SESENTA PESOS ($7.313.860,00)**M/CTE**
Dirección del Contratista	Centro
Correo Electrónico del Contratista	asesoriajuridicasai@gmail.com

Nombre del Supervisor	**JOSE NORRELL MITCHELL NELSON**

MODIFICACIONES AL CONTRATO	
Modificatorio No:	-
Tipo de Modificatorio	-
Fecha	-
Cláusula Modificada	/
Resumen del Modificatorio	/
Valor final (+ Modificatorio)	/
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
19/06/2026	92774022	$7.313.860	$2.926.000	$365.800	$468.200	$15.300

4. Cumplimiento de Ejecución Presupuestal

Valor Total de los pagos realizados a la fecha ($)	%
21.941.580	75

5. Observaciones

6. Anexos

ANEXO	No. FOLIOS
- Planilla mes de febrero de 2026	2

De conformidad a lo antes expuesto y para constancia se firma en San Andrés Isla, a los treinta (30) días del mes de junio de 2026

JOSE NORRELL MITCHELL NELSON
Secretario General

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE

TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	
CC	40992047	HEIDI LILIANA CARDENAS ARCHBOLD		APTOS CARL BRYAN 302	3006741556	asesoriajuridicasai@gmail.com	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	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
		92774022	19/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	$0	$854.400	

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	Cotiz. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	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 40992047	CARDENAS ARCHBOLD HEIDI LILIANA	59	0			N																	230301	2.926.000	30	468.200	0	0	0	0	EPS005	2.926.000	30	365.800	14-23	2.926.000	30	1	15.300		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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	40992047	HEIDI LILIANA CARDENAS ARCHBOLD		APTOS CARL BRYAN 302	3006741556	asesoriajuridicasai@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	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
		92774022	19/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	$0	$854.400	

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	365.800	0		0		0	8	2.200	0	368.000	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
230301	Porvenir	800224808-8	468.200	0	0	0	0	8	2.800	0	471.000	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	15.300				15.300	8	100	15.400			153	15.400	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	8	0	0	0
ICBF				
0	8	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	365.800	368.000
Pensión	1	468.200	471.000
Riesgos Laborales	1	15.300	15.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	849.300	854.400

PAGADA

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