2026 -08 -13 **6,217,202.00**

BARRETO HERNANDEZ DALILA ISABEL

SEIS MILLONES DOSCIENTOS DIECISIETE MIL DOSCIENTOS DOS PESOS M/CTE

GOBERNACION DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA

CALLE 20 NRO 13 22
NIT. 892400038-2

SAN ANDRES

COMPROBANTE DE EGRESO Nº **20025**

Beneficiario: BARRETO HERNANDEZ DALILA ISABEL
Cuenta No: 91211577849 **Banco:** BANCOLOMBIA Cuenta DE AHORROS

Concepto : ADIC. - SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO ABOGADO EXTERNO EN CONTRATACION ESTATAL PARA EL FORTALECIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DE LA SEC PRIVADA DEL DPTO ARCHIPIELAGO - INFORME FINAL 6 DEL 16 JUNIO AL 15 DE JULIO DEL 2026

¥§CCPET§2.1.2.02.02.008§CPC1§83112§PROD§0§VAL1§13020318

Valor Egreso: 6,217,202.00 **Orden:** 18801

Banco: BANCO BOGOTA **Cuenta Nº :** 540-192671

CUENTAS CONTABLES

COD. CUENTA	CONCEPTO	DEBITOS	CREDITOS
1110050155	No. 540-192671 GOBERNACION SAI INGRESO CORRIENTE LIBRE DESTINACION	0.00	6,217,202.00
249054	Honorarios	6,217,202.00	0.00
	TOTALES	**6,217,202.00**	**6,217,202.00**

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.18801

Descripción	%	Valor Base	Valor
Descuentos y otros recargos			
ESTAMPILLA PROCULTURA (Dec.043/07-Ordenanza 020/06)	-2.00	6,510,159.00	-130,203.00
ESTAMPILLA PRO-UNAL (Ord. 003-2023) >96uvt 2026 $5.027.904	-2.00	6,510,159.00	-130,203.00
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR (Ord. 024/2014)	-0.50	6,510,159.00	-32,551.00
		-$	**292,957.00**
		VALOR NETO $	**6,217,202.00**

IRIS LEVER STEELE
TESORERA GENERAL

PAGADOR

ANEXO COMPROBANTE DE EGRESO Nº 20,025

	No Nit	Beneficiario	Valor Neto	Cheque Girado	Información bancaria beneficiario			Firma
					Cuenta	Tipo Cuenta	Entidad Bancaria	
1	1045681510	BARRETO HERNANDEZ DALILA ISABEL	6,217,202.00		91211577849	DE AHORROS	BANCOLOMBIA	
		TOTAL	**6,217,202.00**					

Convenciones - * REP => Cheque Anulado Por Reposición

Elaboro: GHUDSON

COPIA

PCT Enterprise

GOBERNACION DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA

NIT. 892400038-2

ORDEN DE PAGO

2025

Vigencia Fiscal **2026** **Orden de Pago No.** **18801**

Lugar y Fecha: SAN ANDRES 13-ago.-2026

Tipo de Orden: HONORARIOS

Pagado a: BARRETO HERNANDEZ DALILA ISABEL **Nit/C.C. :** 1045681510 NO RESPONSABL

Información Bancaria: Cuenta Bancaria Nº 21004365357 - BANCO CAJA SOCIAL -Corriente

Documento_: 01 Contrato de Prestación de Servicios adic.01-8862235

Facturas:

Concepto: ADIC. - SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO ABOGADO EXTERNO EN CONTRATACION ESTATAL PARA EL FORTALECIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DE LA SEC PRIVADA DEL DPTO ARCHIPIELAGO ¥§CCPET§2.1.2.02.02.008§CPC1§83112§PROD§0§VAL1§13020318 INFORME FINAL 6 DEL 16 JUN AL 15 DE JUL DEL 2026

Programa: SECRETARÍA PRIVADA

Registro Presupuestal: **4554** Vigencia Registro: **2026** 01 Contrato de Prestación de Servicios : adic.01-8862235

Detalle Orden

Imputación Presupuestal	Valor
03 - 2.1.2.2.2.8.90.10 - 200	6.510.159,00
	$ 6.510.159,00

Detalle Liquidación

Descripción	%	V. Base	Valor
Descuentos y otros recargos			
ESTAMPILLA PROCULTURA (Dec	-2,000	6,510,159.00	-130.203,00
ESTAMPILLA PRO-UNAL (Ord. 003	-2,000	6,510,159.00	-130.203,00
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR (O	-0,500	6,510,159.00	-32.551,00
			$-292.957,00

$ 6.217.202,00

Afectación Contable

Cuenta	Débito	Crédito	Descripción
24403501	0.00	130.203.00	Estampilla Procultura 2%
2440350202	0.00	32.551.00	E.A.M. Otros Contratos 0.5%
24403504	0.00	130.203.00	Estampilla pro-UNAL 2%
249054	0.00	6.217.202.00	Honorarios
511179	6.510.159.00	0.00	Honorarios
	6.510.159,00	6.510.159,00	

MARLON MITCHELL HUMPHRIES
SECRETARIO DE HACIENDA

ADRY CRISTINA REEVES POMARE
CONTADOR DEPARTAMENTAL

IMPRIMIO : OSILIS ESTHER WILLIAMS HOOKER

18801

	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.

PROCESO N°: CD-SPR-0549-2026

CONTRATO Y/O CONVENIO N°: CO1.PCCNTR.8862235 DE 2026

NOMBRE DEL CONTRATISTA Y/O CONVENIDO: DALILA ISABEL BARRETO HERNANDEZ

NOMBRE DEL SUPERVISOR: SHIRLEY CATHLEEN POLO RAMIREZ

DEPENDENCIA: SECRETARÍA PRIVADA

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		
	1 2 3 4 5 X 7 8 9 10 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 Almacen Departamental, donde se expide el Comprobante de Entrada al Almacen)	**SI**	**NO**	**N.A.**
				X
4	(Si alguno de los entregables del contrato, conlleva suministros, estos deben ingresar al Almacen Departamental, donde se expide el Comprobante de Entrada al Almacen) 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: SHIRLEY CATHLEEN POLO RAMIREZ	**Nombre**
Cargo: SECRETARIA PRIVADA	**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 Secretaría de Hacienda **NO PODRA** autorizar pagos finales sin el presente documento debidamente firmado por los que en el actúan.

Con fundamento en el certificado presentado para la evaluación de la supervisión, el suscrito supervisor certifica el cumplimiento de las obligaciones contraídas por el (Contrato, Convenio, Orden de Servicio, Otro Si, etc.) de acuerdo a la información relacionada a continuación:

1. Identificación del Contrato, Convenio, Orden de Servicio, Otro Sí.	
Contratante	GOBERNACION DEPARTAMENTAL
Representante Legal	GIRLEY NATACHA ORDOÑEZ BOWIE (Gobernadora)
Identificación	NIT. **892400038-2**
Fecha Inicio	16 DE ENERO DE 2026
Número del Proceso	**CD-SPR-0549-2026**
Número del Contrato	**CO1.PCCNTR.8862235 DE 2026**
Supervisor	SHIRLEY CATHLEEN POLO RAMIREZ, Secretaria Privada
Tipo de contrato	PRESTACION DE SERVICIOS
Objeto del Contrato o Convenio	
Prestar servicios profesionales especializados como Abogada externa en Contratación Estatal para el fortalecimiento de las actividades de la Secretaría Privada del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina.	
2. Plazo inicial de ejecución: Cuatro (4) meses	
3. Prorrogas: **SI** ■ **NO** ☐	
4. Adiciones: **SI** ■ **NO** ☐	
5. Fecha de terminación: 15/07/2026	
6. Valor inicial: $26´040.636	
7. Valor Adición: $13´020.318	
8. Valor final: $39´060.954	
9. El contrato tuvo otras modificaciones SI ☐ **NO** ■	
10. En caso positivo, señalar los documentos de modificación	
11. Informe sobre el desarrollo y cumplimiento de las actividades contratadas	
En cuanto al cumplimiento de las actividades contractuales, encontramos que dentro del plazo y valor ejecutado, el contratista cumplió a cabalidad con el Objeto y las Obligaciones contractuales establecidas, lo cual se puede constatar en los informes mensuales (6 en total), entregados por el contratista. Dentro de las principales actividades ejecutadas por el contratista se encuentra proyección de Actos Administrativos y respuestas relativas a derechos de petición y/o memorandos que sean de competencia de la Secretaría Privada, revisión de documentos precontractuales, contractuales y postcontractuales, emisión conceptos jurídicos y revisión de actos administrativos, entre otras.	
Naturaleza de la Entidad contratista	**Natural** ■ **Juridica** ☐
Pólizas	**NA**
Fecha de inicio, suspension reinicio	**16/01/2026**
Fecha final	**15/07/2026**

Certificados	Numero	Secretaria Ejecutora	Fecha	Valor
Disponibilidad Presupuestal	**97**	Secretaría Privada	02/01/2026	**$ 26.040.636**
	5154		27/03/2026	**$ 13.020.318**
Registro Presupuestal	**363**	Secretaría Privada	16/01/2026	**$ 26.040.636**
	4554		10/04/2026	**$ 13.020.318**
Documentos Soportes	**informe**			
Observaciones	**Ninguna.**			

Balance Financiero					
Valor total contratado	**$39.060.954**				
	Valor	**Egreso**	**Fecha**	**orden**	**Fecha**
Pagos efectuados al contrato según egreso No.	$13.020.318 $13.020.318 $ 6.510.159	8054 14016 18246	2026/04/20 2026/05/29 2026/07/23	7493 13372 17384	2026/04/17 2026/05/27 2026/07/21
Valor total ejecutado	**$39.060.954**				
Valor total pagado	**$32.550.795**				
Aporte del departamento	**$39.060.954**				
Aporte contrapartida	**$0**				
Saldo a favor	**$0**				
Saldo a pagar	**$6.510.159**				
Total ejecutado	**$39.060.954**				
Saldo a liberar	**$0**				
Recursos No ejecutados consignados al tesoro (Si aplica)	**N/A**				
Rendimientos financieros consignados al tesoro (si aplica)	**N/A**				

Nota: Como supervisor de este contrato, certifico que he cumplido las funciones de verificación, vigilancia y control frente al cumplimiento del objeto del contrato.

Así mismo se deja constancia que el contrato cumplió a cabalidad el objeto, que los soportes de las actividades desarrolladas se entregaron por parte del contratista en medio impreso y que estas cumplieron con las calidades y cantidades exigidas en el contrato, los cuales fueron remitidos al expediente contractual.

Por lo anterior se firma a los 10 días del mes de Agosto de 2026

Nombre del Supervisor: SHIRLEY CATHLEEN POLO RAMIREZ

Cargo del Supervisor: SECRETARIA PRIVADA.

Firma del Supervisor _____

LA SUSCRITA SECRETARIA PRIVADA DEL DEPARTAMENTO ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA

CERTIFICA

Que recibió a satisfacción del/la señor/a **DALILA ISABEL BARRETO HERNANDEZ** Identificado/a con cédula de ciudadanía N° **1.045.681.510,** las Obligaciones Específicas establecidas en Contrato de Prestación de Servicio N° **CO1.PCCNTR.8862235** del 2026, del Proceso Contractual No. **CD-SPR-0549-2026**. Para efectos del pago correspondiente a Un (01) mes de servicio, suministro la siguiente información:

1. Información del Contrato

Objeto	Prestar servicios profesionales especializados como Abogada externa en Contratación Estatal para el fortalecimiento de las actividades de la Secretaría Privada del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina
Periodo Certificado	16 de Junio al 15 de Julio del 2026
Informe Número	Seis (06)
Fecha de Suscripción del contrato	16 de Enero de 2026
Fecha de Inicio	16 de Enero de 2026
Plazo inicial del Contrato	Cuatro (04) meses
Valor Inicial del Contrato	$26.040.636
Forma y Condiciones de Pago	LA GOBERNACIÓN realizará el pago del valor del contrato en cuatro (04) cuotas mensuales por valor cada una de **SEIS MILLONES QUINIENTOS DIEZ MIL CIENTO CINCUENTA Y NUEVE PESOS ($6.510.159) M/CTE.** 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 haya lugar
CDP (Certificado De Disponibilidad Presupuestal) No.	97
Rp (Registro Presupuestal) No.	363
VALOR A PAGAR	**$6.510.159**
Dirección del Contratista	Calle 58 #38-107
Correo Electrónico del Contratista	dalilabarreto_17@hotmail.com
Nombre del Supervisor	**SHIRLEY CATHLEEN POLO RAMIREZ**

MODIFICACIONES AL CONTRATO	
Modificatorio No:	001 – Versión 2
Tipo de Modificatorio	Adición y Prórroga
Fecha	08 de Abril de 2026
Cláusula Modificada	Valor, Plazo y forma de pago del Contrato
Resumen del Modificatorio	Se adicionó dos (02) meses al Plazo del contrato inicial y un valor de $13.020.318 al valor inicial del contrato. **CDP adicional #5154. RP adicional #4554.**
Valor final (+ Modificatorio)	**$39.060.954**
Plazo de Ejecución Final (+ Modificatorio)	**Seis (6) meses**

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 ___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
2026/07/03	9506473754	$6.510.159	$3.460.000	$432.500	$553.600	$18.100

4. Cumplimiento de Ejecución Presupuestal

Valor Total de los pagos realizados a la fecha ($)	%
$32.550.795	83.33%

5. Observaciones

El presente pago se hace con cargo al adicional CDP 5154 y RP 4554. ULTIMO PAGO

6. Anexos

ANEXO	No. FOLIOS
Informe con evidencias	6
Planilla de Pago de Aportes	2

De conformidad a lo antes expuesto y para constancia se firma en San Andrés Isla, a los diez (10) días del mes de agosto de 2026

SHIRLEY CATHLEEN POLO RAMIREZ
Secretaria Privada

Proyecto: V. Correal
Reviso: S. Polo
Archivo: Expediente del Contrato

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1045681510		BARRETO HERNANDEZ DALILA ISABEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 58 # 38 - 107	BARRANQUILLA-ATLANTICO	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-06	2026-06	402464069	9506473754	I	2026/07/03	2026/06/18	BANCOLOMBIA	0	$1,004,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$553,600	$0	$0	$553,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$553,600	$0	$0	$553,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$18,100	$0	$0	$18,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$18,100	$0	$0	$18,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$432,500	$0	$0	$432,500
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$432,500	$0	$0	$432,500
TOTAL				1	$1,004,200	$0	$0	$1,004,200

2026/06/18 03:54 PM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1045681510		BARRETO HERNANDEZ DALILA ISABEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 58 # 38 - 107	BARRANQUILLA-ATLANTICO	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2026-06	2026-06	402464069	9506473754	I	2026/07/03	2026/06/18	BANCOLOMBIA	0	$1,004,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD			CCF			RIESGOS			PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$3,460,000	$553,600			$3,460,000	$432,500			$0	$0			$3,460,000	$18,100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$3,460,000	$553,600			$3,460,000	$432,500			$0	$0			$3,460,000	$18,100		$0	$0
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)					$3,460,000	$553,600			$3,460,000	$432,500			$0	$0			$3,460,000	$18,100		$0	$0
1	CC 1045681510	BARRETO DALILA	230301	30	$3,460,000	$553,600	EPS010	30	$3,460,000	$432,500		0	$0	$0	14-23	30	$3,460,000	$18,100	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$3,460,000	$553,600			$3,460,000	$432,500			$0	$0			$3,460,000	$18,100		$0	$0

2026/06/18 03:54 PM