2025 -10 -09 **6,217,202.00**

HUDGSON MAY SHARI ASHLEY

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
Fecha : 9/10/2025

COMPROBANTE DE EGRESO N° 21502

Beneficiario: 1123635765 - HUDGSON MAY SHARI ASHLEY
Cuenta No: 0487230120 **Banco:** BBVA Cuenta de Ahorros

Concepto : SERVICIOS PROFESIONALES COMO ADMINISTRADORA DE NEGOCIOS INTERNACIONALES ESPECIALIZADA.BAJO LA SEC. MOVILIDAD OCTAVO INFORME DEL 07 DE SEPTIEMBRE AL 06 DE OCTUBRE DEL 2025.

¥1§BPIN:2024002880022§CCPET:2.3.2.02.02.009§CPC:91136§PROD:2409002§SECT:0§POLI:0§VALOR:52.081.272

Valor Egreso: 6,217,202.00 **Orden:** 19699

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	6,217,202.00
249054	Honorarios	6,217,202.00	0.00
	TOTALES	**6,217,202.00**	**6,217,202.00**

DISTRIBUCION PRESUPUESTAL

RUBRO	NOMBRE
03 - 2.3.32.1.1 - 200	2024002880022 - FORTALECIMIENTO OPTIMIZACION Y GESTION DE LOS TRAMITES RELACION

DETALLE DE LIQUIDACION DE ORDEN No.19699

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 2025 $4.780.704	-2,00	6,510,159.00	-130,203.00
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR (Ord. 024/2014)	-0,50	6,510,159.00	-32,551.00
		-$	**292,957.00**
		VALOR NETO $	**6,217,202.00**

IRIS LEVER STEELE
TESORERA GENERAL

PAGADOR

ANEXO COMPROBANTE DE EGRESO N° 21,502

No Nit	Beneficiario	Valor Neto Cheque Girado	Información bancaria beneficiario			Firma
			Cuenta	Tipo Cuenta	Entidad Bancaria	
1 1123635765	HUDGSON MAY SHARI ASHLEY	6,217,202.00	0487230120	de Ahorros	BBVA	
	TOTAL	**6,217,202.00**				

Convenciones - * REP => Cheque Anulado Por Reposición

Elaboro: ASMITCHELL

COPIA

PCT Enterprise

GOBERNACION DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA

NIT. 892400038-2

ORDEN DE PAGO

Vigencia Fiscal 2025 **Orden de Pago No. 19699**

Lugar y Fecha: SAN ANDRES 8-oct.-2025
Tipo de Orden: HONORARIOS
Pagado a: HUDGSON MAY SHARI ASHLEY **Nit/C.C. :** 1123635765 NO RESPONSABL
Documento_: 01 Contrato de Prestación de Servicios 7423849

Facturas:

Concepto: SERVICIOS PROFESIONALES COMO ADMINISTRADORA DE NEGOCIOS INTERNACIONALES ESPECIALIZADA,BAJO LA SEC. MOVILIDAD
OCTAVO INFORME DEL 07 DE SEPTIEMBRE AL 06 DE OCTUBRE DEL 2025.
¥1§BPIN:2024002880022§CCPET:2.3.2.02.02.009§CPC:91136§PROD:2409002§SECT:0§POLI:0§VALOR:52.081.272
Programa: SECRETARÍA DE MOVILIDAD

Registro Presupuestal: **484** Vigencia Registro: **2025** 01 Contrato de Prestación de Servicios : 7423849

Detalle Orden

Imputación Presupuestal	Valor
03 - 2.3.32.1.1 - 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
55070579	6.510.159.00	0.00	Honorarios
	6.510.159,00	6.510.159,00	

CHARLES LIVINGSTON LIVINGSTON
SECRETARIO DE HACIENDA

ADRY CRISTINA REEVES POMARE
CONTADOR DEPARTAMENTAL

IMPRIMIO : OSILIS ESTHER WILLIAMS HOOKER

EL SUSCRITO SECRETARIO DE MOVILIDAD DEL DEPARTAMENTO ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA

CERTIFICA

Que recibió a satisfacción de (la) señor (a), SHARI ASHLEY HUDGSON MAY, identificado (a) con cédula de ciudadanía Nº **1.123.635.765** expedida en San Andrés Islas, las actividades de acuerdo a lo establecido con el Contrato de Prestación de Servicios N° **CO1.PCCNTR.7423849 de 2025** y proceso de contrato **CD-SMO-0356-2025.** Para efectos del pago correspondiente a (un mes y/o días) de servicio, suministro la siguiente información.

1. Información del Contrato

Objeto	Prestación De Servicios Profesionales Como Administradora De Negocios Internacionales Especializada En La Secretaría De Movilidad Del Departamento Archipiélago De San Andrés, Providencia Y Santa Catalina.
Periodo Certificado	07 de septiembre de 2025 al 06 de octubre de 2025
Informe Número	ocho (8)
Fecha de Suscripción del contrato	6/02/2025
Fecha de Inicio	7 de febrero del 2025
Plazo inicial del Contrato	Diez (10) meses y seis (6) días
Valor Inicial del Contrato	SESENTA Y SEIS MILLONES CUATROCIENTOS TRES MIL SEISCIENTOS VEINTIDÓS PESOS ($66.403.622) MCTE.
Forma y Condiciones de Pago	Ocho (08) Cuotas Mensuales Por Valor De Seis Millones Quinientos Diez Mil Ciento Cincuenta Y Nueve Pesos ($6.510.159) M/CTE
CDP (Certificado De Disponibilidad Presupuestal) No.	704
Rp (Registro Presupuestal) No.	484
VALOR A PAGAR	DIEZ (10) CUOTAS MENSUALES por valor de SEIS MILLONES QUINIENTOS DIEZ MIL CIENTO CINCUENTA Y NUEVE PESOS ($6.510.159) MCTE Y UNA (1) CUOTA por valor de UN MILLÓN TRECIENTOS DOS MIL TREINTA Y DOS PESOS

	($1.302.032) MCTE.
Dirección del Contratista	San Luis- Ground Ruod
Correo Electrónico del Contratista	shariashley1997@hotmail.com
Nombre del Supervisor	Juan Carlos Ripoll Padilla

MODIFICACIONES AL CONTRATO	
Modificatorio No:	CO1.CTRMOD.20411470
Tipo de Modificatorio	Modificar el contrato
Fecha	2/10/2025
Cláusula Modificada	2 meses y 6 días ok
Resumen del Modificatorio	Adición y prorroga, soportes adjuntos
Valor final (+ Modificatorio)	66.403.622 ok
Plazo de Ejecución Final (+ Modificatorio)	10 meses y 6 días ok

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
09/09/2025	89149121	$6.510.159	$2.604.064	325.600	416.700	13.600

4. Cumplimiento de Ejecución Presupuestal

Valor Total de los pagos realizados a la fecha ($)	%
$32.550.795	79,05%

5. Observaciones

6. Anexos

ANEXO	No. FOLIOS
CDP	1
RP	1
CONTRATO EN EJECUCION (HOJAS SECOP 1, 2,6)	3
PLANILLA	2

De conformidad a lo antes expuesto y para constancia se firma en San Andrés Isla, a los seis (6) días del mes de octubre de 2025

JUAN CARLOS RIPOLL PADILLA
Secretario de movilidad

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	1123635765	SHARI ASHLEY HUDGSON MAY	SAN LUIS GROUND ROAD	5130203	shariashley1997@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		ARCHIPIÉLAGO DE SA	SAN ANDRÉS		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-08	I	09/09/2025	89149121	$755.900	

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	325.600	0		0		0	0	0	0	325.600	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	416.700	0	0	0	0	0	0		416.700	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	13.600				13.600	0	0	13.600			136	13.600	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	325.600	325.600
Pensión	1	416.700	416.700
Riesgos Laborales	1	13.600	13.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	755.900	755.900

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	1123635765	SHARI ASHLEY HUDGSON MAY	SAN LUIS GROUND ROAD	5130203	shariashley1997@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		ARCHIPIÉLAGO DE SA	SAN ANDRÉS		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-08	I	09/09/2025	89149121	$755.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
lo.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Estranjero	Colom. exterior	Residente	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1123635765	HUDGSON MAY SHARI ASHLEY	57	0			N																	230301	2.604.064	416.700	0	0	0	0	EPS037	2.604.064	325.600	14-23	2.604.064	1	13.600		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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