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

CERTIFICA

Que recibió a satisfacción del/la señor/a **JOHN HUMPHRIES BERRIO** Identificado/a con cédula de ciudadanía N° **1.123.623.262**, las Obligaciones Específicas establecidas en Contrato de Prestación de Servicio N° **CO1.PCCNTR.7377009** del 2025, del Proceso Contractual No. **CD-SMO-0156-2025**. 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 Abogado en la Secretaría de movilidad del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina.
Periodo Certificado	1 de septiembre de 2025 al 30 de septiembre de 2025.
Informe Número	8
Fecha de Suscripción del contrato	31/01/2025
Fecha de Inicio	31/01/2025
Plazo inicial del Contrato	10 Meses
Valor Inicial del Contrato	$ 55.295.330 COP
Forma y Condiciones de Pago	El valor del presente contrato es la suma de CINCUENTA Y CINCO MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS TREINTA PESOS ($ 55.295.330); LA GOBERNACIÓN realizará el pago del valor del contrato en diez (10) cuotas mensuales por valor de CINCO MILLONES QUINIENTOS VEINTINUEVE MIL QUINIENTOS TREINTA Y TRESPESOS ($ 5.529.533) M/CTE. El pago se realizará mes vencido previa certificación del Supervisor de la prestación del servicio, la realización de los pagos de seguridad social y las estampillas e impuestos a que haya lugar.
CDP (Certificado De Disponibilidad Presupuestal) No.	562
Rp (Registro Presupuestal) No.	244
VALOR A PAGAR	**$5.529.533**
Dirección del Contratista	**Barrio La Sagrada Familia**
Correo Electrónico del Contratista	**Jahuber05@gmail.com**
Nombre del Supervisor	**JUAN CARLOS RIPOLL PADILLA**

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 _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
01/10/2025	90133780	$5.529.533	$2.211.850	$276.500	$353.900	$11.600

4. Cumplimiento de Ejecución Presupuestal

Valor Total de los pagos realizados a la fecha ($)	%
$38,706,731	70

5. Observaciones

6. Anexos

ANEXO	No. FOLIOS
Informe de Actividades planilla	4

De conformidad a lo antes expuesto y para constancia se firma en San Andrés Isla, a los dos (2) días del mes de octubre de 2025

JUAN CARLOS RIPOLL PADILLA
Secretario Movilidad

Proyecto: jhumphries
Reviso: jripoll
Archivo: jripoll

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO			
Contratista	JOHN HUMPHRIES BERRIO	**C.C.**	1.123.623.262
Año	2025	**No Contrato**	CO1.PCCNTR.7377009 CD-SMO-0156-2025
Objeto	Prestación de servicios profesionales como Abogado en la Secretaría de movilidad del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina.		

Periodo del Informe: 8	**Desde:**	1 de septiembre	**Hasta:**	30 septiembre

2. ACTIVIDADES EJECUTADAS

ÍTEM	OBJETIVO / ENTREGABLE	ACTIVIDAD
1	Apoyar en la proyección de Actos Administrativo y respuestas relativas a derechos de petición y/o memorandos que sean de competencia de la secretaria de movilidad.	Se proyectaron diferentes actos administrativos tendientes a prescripciones de multas.
2	Brindar apoyo en la revisión de documentos precontractuales, contractuales y los contractuales que le sean puesto a su consideración.	Se realizaron diferentes estudios previos y demás documentos precontractuales para procesos de contratación de servicios profesionales y apoyo a la gestión.
3	Monitorear las acciones judiciales y demás actuaciones que sea requerida bajo la línea estratégica que imparta el supervisor del contrato.	Contestación de tutelas y acciones de cumplimiento en contra de la secretaria de movilidad.
4	Asesorar a la Secretaría de Movilidad en los procesos y proyectos priorizados por el Gobierno Departamental para contribuir al cumplimiento de las metas del Plan de Desarrollo Departamental.	
5	Emitir conceptos jurídicos de conformidad a las solicitudes requeridas por parte de la secretaria de movilidad.	Proyección de conceptos jurídicos para la compra de bienes y servicios en la secretaria de movilidad.
6	Apoyar en los componentes misionales de la secretaria de movilidad desde el ámbito de su profesión.	
7	Asistir y participar en las reuniones que se le asignen por parte de la secretaria de movilidad dentro y fuera del Departamento Archipiélago.	Brinde acompañamiento y asesoría jurídica en las reuniones llevadas a cabo en secretaria general para estudio y reconocimiento de horas extras de los agentes azules.
8	Entregar informes mensuales con evidencias físicas y digitales sin excepción de las actividades desarrolladas según el objeto del contrato.	
9	Mantener estricta reserva y confidencialidad sobre la información que sea de su conocimiento por causa o por ocasión del contrato.	
10	Todas aquellas inherentes a sus actividades o que se considere contribuyen al ejercicio y cumplimiento de los objetivos para fortalecer la secretaria de movilidad.	

En constancia de lo anterior, se firma el presente informe el día 2 de octubre de 2025.

Contratista
Nombre: JOHN HUMPHRIES BERRIO

Supervisor (secretario de movilidad)
Nombre: JUAN CARLOS RIPOLL PADILLA

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	1123623262	JOHN ALBERTO HUMPHRIES BERRIO	barrio sariebay	5130808	jahuber05@gmail.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
2025-09	2025-09	I	01/10/2025	90133780	TOTAL A PAGAR	
					$686.300	

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	276.500	0		0		0	0	0	0	276.500	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	353.900	0	0	0	0	0	0		353.900	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	11.600				11.600	0	0	11.600			116	11.600	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF64	Cajasai	892400320-5	44.300	0	0	44.300	1

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	276.500	276.500
Pensión	1	353.900	353.900
Riesgos Laborales	1	11.600	11.600
CCF	1	44.300	44.300
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	686.300	686.300

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	1123623262	JOHN ALBERTO HUMPHRIES BERRIO	barrio sariebay	5130808	jahuber05@gmail.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
2025-09	2025-09	I	01/10/2025	90133780	TOTAL A PAGAR	
					$686.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Activo	Extranjero	Cotiz. exterior	Extranjero	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	ATI	RL	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	1123623262	HUMPHRIES BERRIO JOHN ALBERTO	57	0			N																	23030I	2.211.600	353.900	0	0	0	0	EPS037	2.211.600	276.500	14-23	2.211.600	1	11.600	CCF64	2.211.600	44.300	0	0	0	0	0

PAGADA

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