

	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 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 Octubre de 2025 al 30 de Octubre de 2025
Informe Número	9
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	
Modificadorio No:	
Tipo de Modificadorio	
Fecha	
Cláusula Modificada	
Resumen del Modificadorio	
Valor final (+ Modificadorio)	
Plazo de Ejecución Final (+ Modificadorio)	

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

	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

FECHA DE PAGO	NÚMERO DE PLANILLA	HONORARIOS MENSUALES	INGRESO BASE COTIZACIÓN (40%)	SISTEMA DE SALUD (12,5%)	SISTEMA DE PENSIÓN (16%)	ARL
30/10/2025	91022486	\$5.529.533	\$2.211.850	\$279.100	\$ 357.200	\$11.800

4. Cumplimiento de Ejecución Presupuestal

Valor Total de los pagos realizados a la fecha (\$)	%
\$ 44.236.264	80

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 Diez (10) días del mes de noviembre de 2025



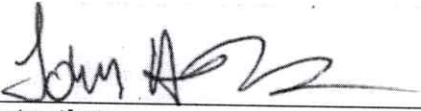
JUAN CARLOS RIPOLL PADILLA
Secretario Movilidad

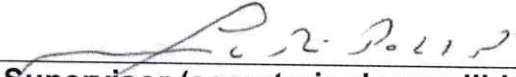
Proyecto: jhumphries
Reviso: jripoll
Archivo: jripoll

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: 9		Desde:	1 de octubre	Hasta: 30 octubre

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 10 de noviembre de 2025.


Contratista
Nombre: JOHN HUMPHRIES BERRIO


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

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 de 2

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	
CC	1123623262	JOHN ALBERTO HUMPHRIES BERRIO	barrio saniebay	5130808	jahubor05@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
UNICA	1- Independiente			ARCHIPIÉLAGO DE SA	SAN ANDRÉS	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-09	2025-09	1	30/10/2025	91022486		\$692.900

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		No. Afiliados
EP-037	Nueva EPS	900156264-2	276.500	0	No. Autorización	Valor	Valor	Valor	
					0	0	0	0	1

TOTALES PENSION									
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	353.900	0	0	0	0	15	1

TOTALES RIESGOS LABORALES									
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades	Aportes Otros	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor FSP - Cotización	No. Afiliados
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	11.600	No. Autorización	Valor	11.600	15	200	1

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados		
CCF-64	Cajasal	892400320-5	44.300	15	500	44.800	1		

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
0	15	0	0	0
0	15	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA				
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar	
Salud	1	276.500	279.100	
Pensión	1	353.900	357.200	
Riesgos Laborales	1	11.600	11.800	
CCF	1	44.300	44.800	
ESAP	0	0	0	
ICBF	0	0	0	
MEN	0	0	0	
SENA	0	0	0	
TOTALES	4	686.300	692.900	

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1123623262	JOHN ALBERTO HUMPHRIES BERNIO	barro sarbey	5130808	jahubor05@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CUIDAD / MUNICIPIO
UNICA	1 - Independiente			ARCHIPELAGO DE SA	SAN ANDRES
					NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMESANO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMESANO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLÉADOS UNIC
					1 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-09	2025-09	1	30/10/2025	91022486	\$692.900

DETALLE POR COTIZANTE																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSION																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
		No. de identificación		Apellidos y Nombres		Cotizante		Estrajero		Colon exterior		Exonerado		ING		RET		TDE		TAE		TDP		TAP		VSP		VST		BLN		IGE		LMA		VAC		AVP		VCT		IRL		CORRECCIÓN		C44 AFP		IBC AFP		Cotización o Añadido		Voluntari Aportado		Voluntario Aportado		Fondo pensional de solidaridad		Fondo pensional de subsistencia		C44 EPS		IBC EPS		Cotización / Valor UPC		C44 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 BERNIO JOHN ALBERTO		57	0	N																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											

PAGADA