2025 -12 -11 **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

COMPROBANTE DE EGRESO N° 27119

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

Concepto : ADIC.- SERVICIOS PROFESIONALES COMO ADMINISTRADORA DE NEGOCIOS INTENACIONALES ESPECIALIZADO AL SERVICIO DE LA SEC.MOVILIDAD INFORME DE PAGO 10 ACON ADICION AL CONTRATO DEL 07 DE NOVIEMBRE AL 06 DE DICIEMBRE 2025

¥1§CCPET:2.1.2.02.02.009§CPC:91134§PROD:2409004§VALOR:14.322.350

Valor Egreso: 6,217,202.00 **Orden:** 24909

Banco: BANCO DE OCCIDENTE **Cuenta N° :** 855835823

CUENTAS CONTABLES

COD. CUENTA	CONCEPTO	DEBITOS	CREDITOS
1110052317	No. 855-83582-3 Ingresos Corrientes de 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.24909

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
			-S	**292,957.00**
		VALOR NETO	**S**	**6.217.202,00**

IRIS LEVER STEELE
TESORERA GENERAL

PAGADOR

ANEXO COMPROBANTE DE EGRESO N° 27,119

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: GHUDSON

COPIA

PCT Enterprise

GOBERNACION DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA

NIT. 892400038-2

ORDEN DE PAGO

Vigencia Fiscal 2025 **Orden de Pago No. 24909**

Lugar y Fecha: SAN ANDRES 9-dic.-2025
Tipo de Orden: HONORARIOS
Pagado a: HUDGSON MAY SHARI ASHLEY **Nit/C.C. :** 1123635765 NO RESPONSABL
Documento: 01 Contrato de Prestación de Servicios ADIC.01-7423849
Facturas:
Concepto: ADIC. SERVICIOS PROFESIONALES COMO ADMINISTRADORA DE NEGOCIOS INTENACIONALES ESPECIALIZADO AL SERVICIO DE LA SEC.MOVILIDAD ¥1§CCPET:2.1.2.02.02.009§CPC:91134§PROD:2409004§VALOR:14.322.350 INFORME DE PAGO 10 ACON ADICION AL CONTRATO DEL 07 DE NOVIEMBRE AL 06 DE DICIEMBRE 2025
Programa: SECRETARÍA DE MOVILIDAD

Registro Presupuestal: **5480** Vigencia Registro: **2025** 01 Contrato de Prestación de Servicios : ADIC.01-7423849

Detalle Orden

Imputación Presupuestal	Valor
03-2-3-32-11-200	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
2440350 Imputación Presupuestal 548	0.00	130.203.00	Estampilla Procultura 2%
2440350202 Deta	0.00	32.551.00	E.A.M. Otros Contratos 0.5%
24403504 Imputación Presupu	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 BRILLIT SULAIT PEREIRA DE AVIL

Pct Enterprise

COPIA Pag. 1

2F909

	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 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 N° **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 noviembre de 2025 al 06 de diciembre de 2025
Informe Número	Diez (10)
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 5448
Rp (Registro Presupuestal) No.	484 5480
VALOR A PAGAR	$ 6.510.159
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
Resumen del Modificatorio	Adición y prorroga, soportes adjuntos
Valor final (+ Modificatorio)	66.403.622
Plazo de Ejecución Final (+ Modificatorio)	10 meses y 6 días

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
15/10/2025	90633857	$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 ($)	%
$58.591.431	85.7%

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 nueve (9) días del mes de diciembre 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
2025-11	2025-11	I	03/12/2025	92040048	TOTAL A PAGAR	
					$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		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

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	1 – 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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	I	03/12/2025	92040048	$755.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES															PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Suspensión	IRP	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
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