2025 -12 -18 **5,280,703.00**

MULTIPLES BENEFICIARIOS (VER ANEXO)

CINCO MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA MIL SETECIENTOS TRES PESOS M/CTE

Embargo

GOBERNACION DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA

CALLE 20 NRO 13 22
NIT. 892400038-2
SAN ANDRES
Fecha : 18/12/2025

COMPROBANTE DE EGRESO Nº **27803**

Beneficiario: MULTIPLES BENEFICIARIOS (VER ANEXO)
Cuenta No: 03052032978 **Banco:** BANCOLOMBIA Cuenta Corriente
Concepto : SERVICIOS PERSONALES COMO ABOGADO EN LA SEC. MVILIDAD DECIMO Y ULTIMO PAGO DEL 1 AL 30 DE NOVIEMBRE DEL 2025

¥1§BPIN:2024002880022§CCPET:2.3.2.02.02.008§CPC:82120§PROD:2409004§SECT:0§POLI:0§VALOR:55.295.330

Valor Egreso: 5,280,703.00 **Orden:** 25527
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	5,280,703.00
249054	Honorarios	5,280,703.00	0.00
	TOTALES	**5,280,703.00**	**5,280,703.00**

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.25527

Descripción	%	Valor Base	Valor
Descuentos y otros recargos			
ESTAMPILLA PROCULTURA (Dec.043/07-Ordenanza 020/06)	-2,00	5,529,533.00	-110.591,00
ESTAMPILLA PRO-UNAL (Ord. 003-2023) >96uvt 2025 $4.780.704	-2,00	5,529,533.00	-110.591,00
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR (Ord. 024/2014)	-0,50	5,529,533.00	-27.648,00
		-$	**248,830.00**
		VALOR NETO $	**5.280.703,00**

IRIS LEVER STEELE
TESORERA GENERAL

PAGADOR

ANEXO COMPROBANTE DE EGRESO Nº 27,803

No Nit	Beneficiario	Valor Neto Cheque Girado	Información bancaria beneficiario			Firma
			Cuenta	Tipo Cuenta	Entidad Bancaria	
1 800037800	BANCO AGRARIO DE COLOMBIA S A - EMBARGOS - LIBRANZAS	2,640,351.00	03052032978	Corriente	BANCOLOMBIA	
1123623262	HUMPHRIES BERRIO JOHN ALBERTO	2,640,352.00	488407338919	de Ahorros	DAVIVIENDA	
	TOTAL	**5,280,703.00**				

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. 25527**

Lugar y Fecha: SAN ANDRES 17-dic.-2025
Tipo de Orden: HONORARIOS
Pagado a: HUMPHRIES BERRIO JOHN ALBERTO **Nit/C.C. :** 1123623262 NO RESPONSABL
Información Bancaria: Cuenta Bancaria Nº 34850134423 - BANCOLOMBIA -Ahorros
Documento_: 01 Contrato de Prestación de Servicios 7377009
Facturas:
Concepto: SERVICIOS PERSONALES COMO ABOGADO EN LA SEC. MVILIDAD DECIMO Y ULTIMO PAGO DEL 1 AL 30 DE NOV DEL 2025

¥1§BPIN:2024002880022§CCPET:2.3.2.02.02.008§CPC:82120§PROD:2409004§SECT:0§POLI:0§VALOR:55.295.330
Programa: SECRETARÍA DE MOVILIDAD

Registro Presupuestal: **244** Vigencia Registro: **2025** 01 Contrato de Prestación de Servicios : 7377009

Detalle Orden

Imputación Presupuestal	Valor
03 - 2.3.32.1.1 - 200	5.529.533,00
	$ 5.529.533,00

Detalle Liquidación

Descripción	%	V. Base	Valor
Descuentos y otros recargos			
ESTAMPILLA PROCULTURA (Dec	-2,000	5,529,533.00	-110.591,00
ESTAMPILLA PRO-UNAL (Ord. 003	-2,000	5,529,533.00	-110.591,00
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR (O	-0,500	5,529,533.00	-27.648,00
			$-248.830,00
			$ 5.280.703,00

Afectación Contable

Cuenta	Débito	Crédito	Descripción
24403501	0.00	110.591.00	Estampilla Procultura 2%
2440350202	0.00	27.648.00	E.A.M. Otros Contratos 0.5%
24403504	0.00	110.591.00	Estampilla pro-UNAL 2%
249054	0.00	5.280.703.00	Honorarios
55070579	5.529.533.00	0.00	Honorarios
	5.529.533,00	5.529.533,00	

CHARLES LIVINGSTON LIVINGSTON
SECRETARIO DE HACIENDA

ADRY CRISTINA REEVES POMARE
CONTADOR DEPARTAMENTAL

IMPRIMIO : MARIELA BENT DE AVILA

	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.

CONTRATO Y/O CONVENIO N°: CO1.PCCNTR.7377009 / CD-SMO-0156-2024.

NOMBRE DEL CONTRATISTA Y/O CONVENIDO: JOHN HUMPHRIES BERRIO

NOMBRE DEL SUPERVISOR: JUAN CARLOS RIPOLL PADILLA

DEPENDENCIA: SECRETARIO DE MOVILIDAD

REQUISITOS PARA PAGO FINAL				
	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.**
1	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.			
	Número de informes que deben reposar en el Convenio o Contratò incluido el informe final	x		
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 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	**INFORME FINAL** 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: JUAN CARLOS RIPOLL PADILLA	Nombre
Cargo: SECRETARIO DE MOVILIDAD	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.

Observaciones	**ULTIMO PAGO**

Balance Financiero					
Valor total contratado	**$ 55.295.330**				
Pagos efectuados al contrato según egreso No - Dia/Mes/Año	**$ 5.529.533**	**$**	**$**	**$**	**$**
Valor total ejecutado	**$ 49,765,797**	**$**	**$**	**$**	**$**
Valor total pagado	**$ 49,765,797**	**$**	**$**	**$**	**$**
Aporte del departamento	**$ 55.295.330**	**$**	**$**	**$**	**$**
Aporte contrapartida	**$0**	**$**	**$**	**$**	**$**
Saldo a favor Contratista	**$0**	**$**	**$**	**$**	**$**
Saldo a liberar	**$ 5.529.533**	**$**	**$**	**$**	**$**
Total ejecutado	**$ 49,765,797**	**$**	**$**	**$**	**$**
Saldo a liberar	**$ 5.529.533**				
Recursos No ejecutados consignados al tesoro (*Si aplica*).					
Rendimientos financieros consignados al tesoro (*si aplica*).					

Nota: Como supervisor de este contrato de prestación de servicios, 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 contratante en medio impreso o digital 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 (11) días del mes de diciembre (*2025*).

Nombre del Supervisor: **JUAN CARLOS RIPOLL PADILLA**

Cargo del Supervisor: SECRETARIO DE MOVILIDAD

Firma del Supervisor _____

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 Noviembre de 2025 al 30 de Noviembre de 2025
Informe Número	10
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
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 ($)	%
$ 49,765,797	90

5. Observaciones

Ultima Cuenta

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 Once (11) días del mes de diciembre de 2025

JUAN CARLOS RIPOLL PADILLA
Secretario Movilidad

Proyecto: jhumphries
Reviso: jripoll
Archivo: jripoll

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
2025-11	2025-11	I	16/12/2025	92386595	TOTAL A PAGAR	
					$687.000	

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	1	200	0	276.700	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	1	300	0	354.200	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	1	100	11.700			116	11.700	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	1	100	44.400	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	1	0	0	0
ICBF				
0	1	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	276.700
Pensión	1	353.900	354.200
Riesgos Laborales	1	11.600	11.700
CCF	1	44.300	44.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	686.300	687.000

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
2025-11	2025-11	I	16/12/2025	92386595	TOTAL A PAGAR	
					$687.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	IGE	LMA	VSP	TDE	TAE	TDP	VCT	SLN	IGE	LMA	VAC	SLP	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	1123623262	HUMPHRIES BERRIO JOHN ALBERTO	57	0			N	X														230301	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