2026 -03 -13 **6,984,737.00**

HUDGSON MAY SHARI ASHLEY

SEIS MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS M/CTE

GOBERNACION DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA

CALLE 20 NRO 13 22
NIT. 892400038-2
SAN ANDRES
Fecha : 13/03/2026

COMPROBANTE DE EGRESO N° **3929**

Beneficiario: 1123635765 - HUDGSON MAY SHARI ASHLEY
Cuenta No: 0487230120 **Banco:** BBVA Cuenta DE AHORROS

Concepto : SERVICIOS PROFESIONALESCOMOADMINISTRADORA DE NEGOCIOS INTERNACIONALES EN PECIALIZADA AL SERVICIO DE LA SEC.MOVILIDAD SEGUNDO PAGO DEL 13 DE FEBRERO AL 12 DE MARZO DEL 2026

¥1§CCPET:2.3.2.02.02.009§CPC:91134§PROD:0§VALOR:29.255.440

Valor Egreso: 6,984,737.00 **Orden:** 3567

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	6,984,737.00
249054	Honorarios	6,984,737.00	0.00
	TOTALES	**6,984,737.00**	**6,984,737.00**

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.3567

Descripción	%	Valor Base		Valor
Descuentos y otros recargos				
ESTAMPILLA PROCULTURA (Dec.043/07-Ordenanza 020/06)	-2,00	7,313,860.00		-146.277,00
ESTAMPILLA PRO-UNAL (Ord. 003-2023) >96uvt 2026 $5.027.904	-2,00	7,313,860.00		-146.277,00
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR (Ord. 024/2014)	-0,50	7,313,860.00		-36.569,00
			-$	**329,123.00**
		VALOR NETO	**$**	**6.984.737,00**

IRIS LEVER STEELE
TESORERA GENERAL

PAGADOR

ANEXO COMPROBANTE DE EGRESO N° 3,929

No Nit	Beneficiario	Valor Neto Cheque Girado	Información bancaria beneficiario			Firma
			Cuenta	Tipo Cuenta	Entidad Bancaria	
1 1123635765	HUDGSON MAY SHARI ASHLEY	6,984,737.00	0487230120	DE AHORROS	BBVA	
	TOTAL	**6,984,737.00**				

Convenciones - * REP => Cheque Anulado Por Reposición

Elaboro: ASMITCHELL

GOBERNACION DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA

NIT. 892400038-2

ORDEN DE PAGO

2929

Vigencia Fiscal 2026 **Orden de Pago No. 3567**

Lugar y Fecha: SAN ANDRES 12-mar.-2026
Tipo de Orden: HONORARIOS
Pagado a: HUDGSON MAY SHARI ASHLEY **Nit/C.C. :** 1123635765 NO RESPONSABL
Documento_: 01 Contrato de Prestación de Servicios 8830821

Facturas:

Concepto: SERVICIOS PROFESIONALESCOMOADMINISTRADORA DE NEGOCIOS INTERNACIONALES EN PECIALIZADA AL SERVICIO DE LA SEC.MOVILIDAD SEGUNDO PAGO DEL 13 DE FEB AL 12 DE MARZO DEL 2026

¥1§CCPET:2.3.2.02.02.009§CPC:91134§PROD:0§VALOR:29.255.440
Programa: SECRETARÍA DE MOVILIDAD

Registro Presupuestal: **173** Vigencia Registro: **2026** 01 Contrato de Prestación de Servicios : 8830821

Detalle Orden

Imputación Presupuestal	Valor
03 - 2.3.32.1.1 - 200	7.313.860,00
	$ 7.313.860,00

Detalle Liquidación

Descripción	%	V. Base	Valor
Descuentos y otros recargos			
ESTAMPILLA PROCULTURA (Dec	-2,000	7,313,860.00	-146.277,00
ESTAMPILLA PRO-UNAL (Ord. 003	-2,000	7,313,860.00	-146.277,00
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR (O	-0,500	7,313,860.00	-36.569,00
			$-329.123,00
			$ 6.984.737,00

Afectación Contable

Cuenta	Débito	Crédito	Descripción
24403501	0.00	146.277.00	Estampilla Procultura 2%
2440350202	0.00	36.569.00	E.A.M. Otros Contratos 0.5%
24403504	0.00	146.277.00	Estampilla pro-UNAL 2%
249054	0.00	6.984.737.00	Honorarios
55070579	7.313.860.00	0.00	Honorarios
	7.313.860,00	7.313.860,00	

CHARLES LIVINGSTON LIVINGSTON
SECRETARIO DE HACIENDA

ADRY CRISTINA REEVES POMARE
CONTADOR DEPARTAMENTAL

IMPRIMIO : MARIELA BENT DE AVILA

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

CERTIFICA

Que recibió a satisfacción del/la señor/a **SHARI ASHLEY HUDGSON MAY** identificado/a con cédula de ciudadanía N° **1.123.635.765 de San Andrés Islas,** las Obligaciones Específicas establecidas en Contrato de Prestación de Servicio N° **CO1.PCCNTR.8830821** del 2026, del Proceso Contractual No. **CD-SMO-0165-2026**. Para efectos del pago correspondiente a (30 días) de servicio, suministro la siguiente información:

1. Información del Contrato

Objeto	Prestación de servicios profesional como administradora de negocios internacionales especializada en la secretaria de movilidad de la Gobernación de San Andrés, Providencia y Santa Catalina
Periodo Certificado	13 de febrero de 2026 al 12 de marzo de 2026
Informe Número	2
Fecha de Suscripción del contrato	10/01/2026
Fecha de Inicio	13/01/2026
Plazo inicial del Contrato	4 meses
Valor Inicial del Contrato	VEINTINUEVE MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA PESOS ($29.255.440) MCTE
Forma y Condiciones de Pago	La gobernación realizará el pago del valor del contrato en cuatro (4) cuotas, por valor de SIETE MILLONES TRECIENTOS TRECE MIL OCHOCIENTOS SESENTA PESOS ($7.313.860) M/CTE cada una.
CDP (Certificado De Disponibilidad Presupuestal) No.	353 del 09 enero 2026
Rp (Registro Presupuestal) No.	173 del 13 enero 2026
VALOR A PAGAR	**SIETE MILLONES TRECIENTOS TRECE MIL OCHOCIENTOS SESENTA PESOS ($7.313.860) M/CTE cada una.**
Dirección del Contratista	**San Luis Ground Road**
Correo Electrónico del Contratista	**Shariashley1997@hotmail.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 ___ (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 _____

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
12/03/2026	66208648	7.313.860	2.925.544	365.700	468.100	15.300

4. Cumplimiento de Ejecución Presupuestal

Valor Total de los pagos realizados a la fecha ($)	%
$7.313.860	25%

5. Observaciones

6. Anexos

ANEXO	No. FOLIOS
Informe de Actividades Positiva Certificado salud Certificado pensión Certificado Bancario	5

De conformidad a lo antes expuesto y para constancia se firma en San Andrés Isla, a los (12) días del mes de marzo de 2026

JUAN CARLOS RIPOLL PADILLA
Secretario 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 SAN ANDRÉS PROVID	SAN ANDRÉS		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		66208648	12/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$0	$849.100	

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	365.700	0		0		0	0	0	0	365.700	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	468.100	0	0	0	0	0	0		468.100	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	15.300				15.300	0	0	15.300			153	15.300	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	365.700	365.700
Pensión	1	468.100	468.100
Riesgos Laborales	1	15.300	15.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	849.100	849.100

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 SAN ANDRÉS PROVID	SAN ANDRÉS		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		66208648	12/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$0	$849.100	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC 1123635765	HUDGSON MAY SHARI ASHLEY	57	0			N	X																230301	2.925.544	30	468.100	0	0	0	0	EPS037	2.925.544	30	365.700	14-23	2.925.544	30	1	15.300		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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