	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 **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%

	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**

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

	GOBERNACIÓN DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA	Fecha de Aprobación: 08-06-2016	Código: FO-EV-MC-05	
	FORMATO INFORME	Versión: 01	Página 1 de 1	

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO					
Contratista	**SHARI ASHLEY HUDGSON MAY**		C.C	1.123.635.765	
Año	2026		No Contrato	CO1.PCCNTR.8830821 CD-SMO-0165-2026	
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 del Informe	2	Desde:	13 de febrero de 2026	Hasta:	12 de marzo de 2026

Item	Actividad
1. Apoyar en la creación de planes, programas y proyectos para la secretaria.	Realicé informe de las actividades desarrolladas del plan de desarrollo, justificando los avances y anexando soportes del cumplimiento de los compromisos y validación de resultados, contribuyendo al logro de las metas y objetivos establecidos por la entidad.
2. Apoyar en el manejo administrativo de las diferentes plataformas de contratación y rendición de cuentas de las IAS.	Del día 01 al 05 de marzo de 2026, realicé el cargué y registro de la ejecución presupuestal correspondiente al mes de febrero de 2026, verificando la correcta consolidación de la información financiera y el cumplimiento de los procedimientos internos establecidos para su reporte.
3. Apoyar a la secretaria de Movilidad en los procesos y proyectos priorizados por el Gobierno Departamental para contribuir al cumplimiento de las metas del Plan de Desarrollo Departamental.	Coordiné y desarrollé reunión con el grupo pedagógico de movilidad, brindando acompañamiento e inspeccionando que las actividades se encuentren encaminadas al plan de desarrollo territorial, fortaleciendo así la ejecución y articulación institucional.
4. Apoyar a la secretaria Movilidad en los programas de mejoramiento organizacional y modernización de las dependencias para generar eficiencia y eficacia.	Se participó en espacios de trabajo y articulación institucional con el Secretario de Movilidad, apoyando el análisis de necesidades y situaciones presentadas en la dependencia, así como la formulación de propuestas y estrategias orientadas al fortalecimiento de los procesos internos, la optimización de la gestión administrativa y la implementación de acciones encaminadas a mejorar la eficiencia y cumplimiento de los objetivos institucionales.
5. Proyectar y apoyar en todos los procesos contractuales que realice la secretaria de las diferentes modalidades para mantener una movilidad segura y regulada.	Durante este periodo no se realizaron proyecciones de procesos de contratación.
6. presentar mensual informe detallado de las actividades realizadas con el fin de presentar su cuenta de cobro del respectivo periodo.	Presentación de informe correspondiente a segundo periodo de contratación con las respectivas descripciones de las actividades desarrolladas.

	GOBERNACIÓN DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA	Fecha de Aprobación: 08-06-2016	Código: FO-EV-MC-05	
	FORMATO **INFORME**	Versión: 01	Página **1 de 1**	

ANEXOS
Recibo a satisfacción (2 copias) Informe (1 copia) Pago de afiliación a seguridad social

En constancia de lo anterior, se firma el presente informe a los 12 días del mes de abril de 2026

CONTRATISTA
SHARI ASHLEY HUDGSON MAY

SUPERVISOR
JUAN C. 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	1 – 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	1	$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	8600224808-8	468.100	0	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	8600111536	15.300				15.300	0	0	15.300			153	15.300	

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

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	
CC	1123635765	SHARI ASHLEY HUDGSON MAY		SAN LUIS GROUND ROAD	5130203	sharlashley1997@hotmail.com	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	

DETALLE 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	Suscriptor	INS	RET	TDE	TAE	TDP	LMA	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