	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° **1123635765 de San Andrés Islas**, las actividades de acuerdo a lo establecido con el Contrato de Prestación de Servicios N° **CO1.PCCNTR.8830821** y proceso de contrato **CD-SMO-0165-2026.** 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 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 abril de 2026 al 12 de mayo de 2026
Informe Número	Cuatro (4)
Fecha de Suscripción del contrato	*10/01/2026*
Fecha de Inicio	13 de enero de 2026
Plazo inicial del Contrato	CUATRO (04) 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:	CO1.CTRMOD.23082240 CO1.CTRMOD.23005180
Tipo de Modificatorio	Modificar el contrato Modificar el contrato
Fecha	19/05/2026 12/05/2026
Cláusula Modificada	0 meses
Resumen del Modificatorio	se realiza modificación, por error humano en tiempo y dinero Adición en tiempo y dinero
Valor final (+ Modificatorio)	29.255.440
Plazo de Ejecución Final (+ Modificatorio)	4 meses

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

	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**

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
03/06/2026	87138664	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 ($)	%
21.941.580	75

5. Observaciones

6. Anexos

ANEXO	No. FOLIOS
Informe Pago a seguridad social	1 2 1 1

De conformidad a lo antes expuesto y para constancia se firma en San Andrés Isla, a los 03 días del mes de junio de 2026

JUAN CARLOS RIPOLL PADILLA
Secretario de 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	4	Desde:	13 de abril de 2026	Hasta:	12 de mayo de 2026

Item	Actividad
1. Apoyar en la creación de planes, programas y proyectos para la secretaria.	Realicé la elaboración y estructuración de la presentación técnica utilizada para la socialización del Plan Departamental de Seguridad Vial, garantizando la organización, claridad y pertinencia de la información contenida. Para ello, consolidé los principales lineamientos, objetivos, estrategias y acciones contempladas en el plan, con el propósito de facilitar su comprensión y divulgación ante los diferentes grupos de interés y la comunidad en general.
2. Apoyar en el manejo administrativo de las diferentes plataformas de contratación y rendición de cuentas de las IAS.	Entre el 01 y el 05 de mayo de 2026, realicé el proceso de consolidación, revisión y cargué de la ejecución presupuestal correspondiente al mes de febrero de 2026, garantizando la integridad, consistencia y veracidad de la información financiera reportada. Esta actividad incluyó la verificación del cumplimiento de los procedimientos internos establecidos para la gestión presupuestal, así como la validación de los soportes requeridos para la correcta presentación y reporte de la información ante las instancias correspondientes.
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.	Elaboré la presentación técnica de apoyo para el proceso de rendición de cuentas de la Secretaría de Movilidad, consolidando y organizando la información requerida para la elaboración del informe solicitado por la Asamblea Departamental. Esta actividad incluyó la revisión, análisis y estructuración de datos relacionados con la gestión institucional, garantizando la coherencia, precisión y adecuada presentación de los resultados alcanzados durante el periodo evaluado.
4. Apoyar a la secretaria Movilidad en los programas de mejoramiento organizacional y modernización de las dependencias para generar eficiencia y eficacia.	Brindé apoyo técnico y administrativo a la Secretaría de Movilidad en la implementación de acciones orientadas al fortalecimiento institucional, contribuyendo a los procesos de mejoramiento organizacional y modernización de las dependencias. Esta labor incluyó el acompañamiento en la

	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**	

	revisión de procedimientos internos, la identificación de oportunidades de optimización en la gestión administrativa y el apoyo en la formulación de estrategias dirigidas a incrementar los niveles de eficiencia, eficacia y calidad en la prestación de los servicios. Asimismo, participé en espacios de coordinación y seguimiento que permitieron fortalecer la capacidad operativa de la entidad y el cumplimiento de los objetivos institucionales establecidos.
5. Proyectar y apoyar en todos los procesos contractuales que realice la secretaria de las diferentes modalidades para mantener una movilidad segura y regulada.	Apoyé en procesos de liquidación de contratos de OPS.
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 cuarto periodo de contratación con las respectivas descripciones de las actividades desarrolladas.

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 03 días del mes de junio 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	sharlashley1997@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
		87138664	03/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	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	8600[illegible]	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

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
		87138664	03/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	**PERIODO PENSIÓN**	**TIPO PLANILLA**	**TOTAL NOMINA**	**TOTAL A PAGAR**	
2026-05	2026-05	I	$0	$849.100	

DETALLE POR COTIZANTE

No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza en el Exterior	Colombiano en el Exterior	INFORMACIÓN NOVEDADES	PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
									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
1	CC 1123635765	HUDGSON MAY SHARI ASHLEY	57	00					23001	2.925.544	30	468.100	0			0	EPS037	2.925.544	30	365.700	14-23	2.925.544	30	III	18.500		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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