2026 -06 -10 **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

COMPROBANTE DE EGRESO N° **15052**

Beneficiario: 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 - CUARTO INFORME FINAL DEL 13 DE ABRIL AL 12 DE MAYO 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:** 14195

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.14195

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° 15,052

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: EGARCIA

COPIA

GOBERNACION DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA

NIT. 892400038-2

ORDEN DE PAGO

Vigencia Fiscal 2026 1502

Orden de Pago No. 14195

Lugar y Fecha: SAN ANDRES 9-jun.-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
CUARTO INFORME FINAL DEL 13 DE ABRIL AL 12 DE MAYO 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

	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.8830821 CD-SMO-0165-2026

NOMBRE DEL CONTRATISTA Y/O CONVENIO: SHARI ASHLEY HUDGSON MAY

NOMBRE DEL SUPERVISOR: JUAN CARLOS RIPOLL PADILLA

DEPENDENCIA: SECRETARIA DE MOVILIDAD

REQUISITOS PARA PAGO FINAL

1	**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.**
	Egresos Firmados por los Proveedores		x	
	Facturas o Documentos Equivalentes de los Proveedores		x	
	Registros Fotográficos		x	
	Registro de videos		x	
	Evidencias: Camisetas, Piezas publicitarias, etc.		x	
	Número de informes que deben reposar en el Convenio o Contrato incluido el informe final			
	1 2 3 4 X 5 6 7 8 9 10 11 X INFORME FINAL			
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	**COMPROBANTE DE ENTRADA AL ALMACEN** (Si alguno de los entregables del contrato, conlleva suministros, estos deben ingresar al Almacen Departamental, donde se expide el Comprobante de Entrada al Almacen)	**SI**	**NO**	**N.A.**
				X
4	**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 Secretaria de Hacienda **NO PODRA** autorizar pagos finales sin el presente documento debidamente firmado por los que en el actúan.

	GOBERNACIÓN DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA	Fecha de Aprobación 07/10/2019	Código FO-AP-GJ-25
	FORMATO CERTIFICACIÓN DE SUPERVISIÓN	**Versión: 02**	**Página** 1 de 3

Con fundamento en el certificado presentado para la evaluación de la supervisión, el suscrito supervisor certifica el cumplimiento de las obligaciones contraídas por el (Contrato, Convenio, Orden de Servicio, Otro Si, etc.) de acuerdo con la información relacionada a continuación:

1. Identificación del Contrato, Convenio, Orden de Servicio, Otro Sí.	
Contratante	Gobernación Departamental
Representante Legal	VILMA JAY LOPEZ
Identificación	NIT: 892.400.038-2
Fecha Inicio	13 de enero de 2026
Número del contrato	**CO1.PCCNTR.8830821 CD-SMO-0165-2026.**
Supervisor	**JUAN CARLOS RIPOLL PADILLA**
Tipo de contrato	CONTRATACION DIRECTA
Objeto del Contrato o Convenio	
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	
2. Cumplimiento e impacto del objeto contrato. Se cumplió el objeto contractual dando alcance a cada una de las obligaciones asumidas.	
3. Plazo inicial de ejecución: 13/01/2026 (4 meses)	
4. Prorrogas: SI ☐ **NO** ■	
5. Adiciones: SI ☐ **NO** ■	
6. En caso positivo, por favor señalar los otros sí suscritos con las prórrogas y/o adiciones, Ejemplo: **Otro Sí: Se prorroga el contrato hasta el día/mes/año** **Se adiciono la suma de $**	
7. Fecha de terminación: 12/05/2026	
8. Valor inicial $ 29.255.440	
9. Valor final $ 29.255.440	
10. El contrato tuvo otras modificaciones SI NO ■	
11. En caso positivo, señalar los documentos de modificación	
12. Informe sobre el desarrollo y cumplimiento de las actividades contratadas **Nota:** se adjunta los informes soportes para la ejecución del contrato No. CO1.PCCNTR.8830821 CD-SMO-0165-2026	

Naturaleza de la Entidad contratista	**Natural** ■ **Juridica** ☐			
Pólizas	**N/A**			
Publicación	**N/A**			
Fecha de inicio, suspension reinicio	**13/01/2026**			
Fecha final	**12/05/2026**			
Certificados	**Numero**	**Secretaria Ejecutora**	**Fecha**	**Valor**
Disponibilidad Presupuestal	353	SECRETARIA DE MOVILIDAD	09/01/2026	**$ 29.255.440**
Registro Presupuestal	173	SECRETARIA DE MOVILIDAD	13/01/2026	**29.255.440**
Documentos Soportes	Informe de ejecución Nro.1-2-3-4			
Observaciones	**Plazo de ejecucion cuatro (4) meses. ULTIMO PAGO**			

Balance Financiero	
Valor total contratado	**29.255.440**

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 Nº **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**

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

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 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	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