Soledad, 03 de Agosto de 2023

Cuenta No. 001

ALCALDÍA DE SOLEDAD ATLÁNTICO
Nit. 890.106.291-2

Debe a:

OSCAR RAMON ANTEQUERA LAPORTE
CC. No. 8.742.075 expedida en Barranquilla

La suma de: .....($3.500.000)

PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL ACOMPAÑAMIENTO A LOS PROGRAMAS DE APOYO A LA DIRECCIÓN Y GESTIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN TERRITORIA en el perio del 30 de junio al 29 de julio de 2023

Contrato No. SP-CD-2023-C0845

Valor en letras: TRES MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/L.

Número de contacto: 301-382-3890
Correo electrónico: oscarantequera31@hotmail.com

Atentamente,

OSCAR RAMON ANTEQUERA LAPROTE
CC. No. 8.742.075 expedida en Barraqnuilla

BBVA

Creando Oportunidades

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

Que nuestro(a) cliente OSCAR RAMON ANTEQUERA LAPORTE, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 8,742,075 se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **CUENTA DE AHORROS LIBRETON** No. 620363713 aperturada el 20 de febrero de 2017 cuenta ACTIVA y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, el 12 de enero de 2023.

Para trámites de nómina, legales, internacionales y otros, también puedes usar las siguientes opciones de número de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos:	0620363713
Cuenta de 16 dígitos:	0620000200363713
Cuenta de 20 dígitos:	00130620000200363713

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Scanned by TapScanner

SECRETARIA DE HACIENDA DEPARTAMENTAL
Bono de Estampillas Departamental

Acto:	CONTRATOS Y CONVENIOS
Clase Acto:	CONTRATOS Y CONVENIOS MUNICIPALES

1. DATOS

Nro DE LIQUIDACIÓN: 202300038750

FECHA DE PAGO: 03/08/2023 10:22:33 AM	**BASE GRAVABLE:** 14000000	**REFERENCIA DE PAGO:** 202300133515
CONTRIBUYENTE: OSCAR RAMON ANTEQUERA LAPORTE		**CEDULA O NIT:** 8742075
ENTIDAD CONTRATANTE: MUNICIPIO DE SOLEDAD	**N° DE CONTRATO:** SP-CD-2023-C0845	**FECHA SUSCRIPCIÓN:** 30/06/2023

1. INFORMACIÓN DETALLADA

CONCEPTO	VALOR
ESTAMPILLA CIUDADELA UNIVERSITARIA	$252.000
ESTAMPILLA PRO-HOSPITAL 1 Y 2 NIVEL	$238.000
ESTAMPILLA PRO DESARROLLO DEPARTAMENTAL	$140.000
INTERESES DE MORA	$14.600
Total a Pagar:	**$644.600**

-03/08/2023 11:24:06 AM

CONTRIBUYENTE

202300133515

Este documento debe ser verificado por la entidad responsable de exigir su pago en la página web de la Gobernación www.atlantico.gov.co en el link Estampillas Liquidadas

PAGADO

GOBERNACIÓN

202300133515

ACTO Y/O ECHO GENERADOR: CONTRATOS Y CONVENIOS		
CONTRIBUYENTE: OSCAR RAMON ANTEQUERA LAPORTE		**CEDULA O NIT:** 8742075
FECHA LIQUIDACIÓN: 03/08/2023 10:22: 33 AM	**Nro. LIQUIDACIÓN:** 202300038750	**TOTAL: $644.600**

-03/08/2023 11:24:06 AM

BANCO

202300133515

ACTO Y/O ECHO GENERADOR: CONTRATOS Y CONVENIOS		
CONTRIBUYENTE: OSCAR RAMON ANTEQUERA LAPORTE		**CEDULA O NIT:** 8742075
FECHA LIQUIDACIÓN: 03/08/2023 10:22: 33 AM	**Nro. LIQUIDACIÓN:** 202300038750	**TOTAL: $644.600**

-03/08/2023 11:24:06 AM

Soledad, 3 de Agosto de de 2023

Señores
SECRETARÍA DE HACIENDA
Alcaldía de Soledad
Dr. CARLOS FEDERICO GOLDFARB HOYOS
Ciudad

Asunto: Solicitud de descuento de impuestos municipales.

Solicito me sea descontado de los honorarios del contrato No. SP-CD-2023-C0845 celebrado entre la Alcaldía de Soledad y mi persona en el mes de junio 30 de 2023, el valor de los impuestos municipales correspondientes a la estampilla pro-ancianos y estampilla pro-cultura.

Información adicional:
CDP No.: 062300571
RP No.: 092301758

Agradezco de antemano atención.

Atentamente,

OSCAR RAMON ANTEQUERA LAPORTE
CC. No. 8.742.075expedida en Barraqnuilla

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **8.742.075**

ANTEQUERA LAPORTE

APELLIDOS

OSCAR RAMON

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **31-AGO-1963**

BARRANQUILLA
(ATLANTICO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.74 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

04-ENE-1983 BARRANQUILLA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-0300100-00861954-M-0008742075-20161102 0052077367A 1 3294162900

INFORMES DE ACTIVIDADES E INTERVENTORIA

1. DENOMINACIÓN DEL CONTRATO	**INFORME No. 001**		
Contrato N°	SP-CD-2023-C0845		
Nombre del Supervisor	CARLOS FEDERICO GOLDFARB HOYOS		
2. DE LA ETAPA CONTRACTUAL			
Tipo de contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES	Otro:	
Nombre del contratista	OSCAR RAMON ANTEQUERA LAPORTE		
Identificación del contratista	8.742.075		
Objeto del contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL ACOMPAÑAMIENTO A LOS PROGRAMAS DE APOYO A LA DIRECCIÓN Y GESTIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN TERRITORIA		
Plazo	4 (CUATRO) MESES		
Numero de Certificado de Disponibilidad Presupuestal (C.D.P)	062300571	Fecha del C.D.P (29-06-2023)	
Número de Registro Presupuestal (R.P.)	092301758	Fecha del R.P (30-06-2023)	
Valor del contrato	Contrato Inicial: **$14.000.000,00** Adición 1: $ Adición 2: $ Total: **$14.000.000,00**		

3. GARANTIAS CONSTITUIDAS POR EL CONTRATISTA (las solicitadas en el contrato):

Amparos	Aseguradora	No de Póliza	Vigencia

			Desde (dd-MM-yyyy)	Hasta (dd-MM-yyyy)
Calidad del servicio	N/A	x		
Cumplimiento	N/A	x		
Anticipo	N/A	x		
Pago anticipado	N/A	x		
Calidad y correcto funcionamiento de los bienes y equipos suministrados	N/A	x		
Salarios y prestaciones	N/A	x		
Responsabilidad Civil Extracontractual	N/A	x		

4. EJECUCION DEL CONTRATO

Descripción		**Valor**
Valor del Contrato Inicial (IVA incluido)		**$14.000.000,00**
Adición No. 1		$
Valor Total del contrato		**$14.000.000,00**
Porcentaje del Anticipo	%	$
Porcentaje del Pago anticipado	%	$
Valor Ejecutado del Contrato		**3.500.000,00**
Valor por ejecutar		**10.500.000,00**
Valor a pagar en el presente Informe		**3.500.000,00**
No. Factura o Cuenta de Cobro		001

5. ACREDITACION PAGOS APORTES (Persona Natural)	**BASE GRAVABLE 40% DEL VALOR DEL CONTRATO**		**APORTE CORRESPONDIENTE AL MES DE**
Salud	12.5%	175.000	Julio
Pensión	16%	225.000	Julio
ARL	0.522%	7.400	Julio
PLANILLA No. 7891264536		**FECHA DE PAGO: 03-08-2023**	**OPERADOR:** **SOI**

6. CERTIFICA EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRATADO

Con el presente Informe certifico que los datos suministrados en este documento los he verificado personalmente, por lo que ratifico el cumplimiento del objeto contratado, como también dejo constancia que el pago de los impuestos y de la seguridad social corresponde a las normas vigentes, y el informe donde se detallan las actividades realizadas y el cumplimiento del objeto contractual, conforme a lo estipulado en el contrato.

7. PERIODO DE CERTIFICACIÓN	**30-06-2023 AL 29-07-2023**

INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO

Obligación Contractual	**Producto**	
ACTIVIDAD 1 **Apoyo en el analisis presupuestal por fuente de recursos**	Se apoyo en el analisis presupuestal del mes de julio De 2023	
ACTIVIDAD 2 **Apoyo en el cierre fiscal y financiero**	Se analizó incorporación recursos del balance 2022	
ACTIVIDAD 3 **Apoyo en los proyectos de Acuerdos de la Secretaria de Hacienda**	Se proyectó adición entes de control	

ACTIVIDAD 4 **Apoyo a requerimientos de entres de control**	Se apoyó en la respuestas requerida en la secretaria de De Hacienda en el mes de julio de 2023

Los soportes documentales (en los casos que aplique) del desarrollo de las actividades antes mencionadas son los siguientes:

1-
2-
3-

FIRMA DEL SUPERVISOR		**FIRMA DEL CONTRATISTA**	
Identificación:	**8.643.399**		
Teléfono:	316-49990228		
Dirección:	Calle 22N 20-34 Sabanalarga		
Fecha del Informe	03-08-2023		

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	8742075
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	OSCAR ANTEQUERA LAPORTE ANTEQUERA LAPORTE ANTEQUERA LAPORTE		
CIUDAD/MUNICIPIO:	BARRANQUILLA	DEPARTAMENTO:	ATLANTICO
DIRECCIÓN:	CALLE 96 N 71 37 APTO 103	TELÉFONO:	3021102
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**7886597411**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	junio	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	junio
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2023	SALUD:	AÑO:	2023
DÍAS DE MORA:		12			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/07/31	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		75075440

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 681.300
SUBTOTAL:			1	**$ 681.300**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800088702	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	$ 532.300
SUBTOTAL:			1	**$ 532.300**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 22.400
SUBTOTAL:			1	**$ 22.400**

VALOR SIN MORA:	**$ 1.219.000**
VALOR MORA:	**$ 17.000**
TOTAL PAGADO:	**$ 1.236.000**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	8742075
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	OSCAR ANTEQUERA LAPORTE ANTEQUERA LAPORTE ANTEQUERA LAPORTE		
CIUDAD/MUNICIPIO:	BARRANQUILLA	DEPARTAMENTO:	ATLANTICO
DIRECCIÓN:	CALLE 96 N 71 37 APTO 103	TELÉFONO:	3021102
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	0010 - CONTRATO2
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**7891264536**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	julio	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	julio
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2023	SALUD:	AÑO:	2023
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/08/03	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		82962127

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 224.000
SUBTOTAL:			1	**$ 224.000**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800088702	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	$ 175.000
SUBTOTAL:			1	**$ 175.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 7.400
SUBTOTAL:			1	**$ 7.400**

VALOR SIN MORA:	**$ 406.400**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 406.400**