

	FORMATO DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS Y AUTORIZACIÓN DE PAGOS F-SCAP				CODIGO: S-002 Versión: 2.01 Fecha: 05/01/2018			
Dependencia:	Secretaría de Planeación y obras publicas municipales				Fecha:	5/3/2026		
ACTO ADMINISTRATIVO								
DATOS DEL CONTRATO	Valor Contrato:	\$16,800,000.00		Valor a Pagar:	\$4,200,000.00			
	Número:	CPS-097-2026	Fec. Suscripción:	Ene 29 2026	Fecha de iniciación:	Ene 29 2026		
	N° CDP:	2026012335	Fecha:	Ene 23 2026	Fecha de terminación:	May 28 2026		
	N° RP:	2026012912	Fecha:	Ene 29 2026	Duración:	Meses 4 Días 0		
	Rubro Presupuestal:	Contratar la prestacion de servcios para el cumplimiento de cometido institucional		Periodo a pagar:	Ene 29 2026 - Feb 27 2026			
	Requiere Informe:	SI	Entregó Informe:	SI	Suspensión No.:	En tiempo:	Prorroga No.:	En tiempo:
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA ELABORACION Y CONSOLIDACION DE INFORMES DE SEGUIMIENTO DEL PLAN DE DESARROLLO MUNICIPAL DE SAN JACINTO, BOLÍVAR.							
FORMA DE PAGO:	El valor del contrato se pagará de la siguiente manera: Una vez perfeccionado el contrato y cumplidos los requisitos para su ejecución, EL Municipio realizará cuatro (04) pagos Mensualizados, por la suma de CUATRO MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS MCTE (\$4.200.000), que se tramitaran mes vencido contados a partir del cumplimiento de los requisitos de ejecución dentro de los 5 días siguientes a la radicación a la cuenta de cobro o factura. El contratista deberá presentar informe de actividades, certificación de recibo a satisfacción por parte del supervisor del contrato y acreditar el cumplimiento de las obligaciones contractuales según lo dispuesto en el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007 sobre el pago de las obligaciones de seguridad social integral (Salud, Pensión y ARL).							
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA								
Nombre:	KATIUSCA ANTEQUERA LLERENA							
Identificación:	Tipo de documento:	Cédula	X	Nit.	Número:	32745841	DV.	
Dirección:	CR 72 81 139 AP 1D							
Número de Teléfono:	FAX:		CEL:		3106024283			
Clase y número de cuenta:	Corriente:	Ahorros	X	Número:	Banco:	N.A.		
ASPECTOS TRIBUTARIOS	Marque con "X"	Persona Natural:	X	Persona Jurídica:	Regimen: SIMPLIFICADO			
		Gran Contribuyente:		Autoretenedor:				
	He verificado de esta información frente al RUT:				SI:	x	NO:	
INFORME DEL SUPERVISOR								
AVANCE DEL CONTRATO POR ACTIVIDAD	El contratista presentó el informe correspondiente:			SI:	X	NO:	# de folios:	
	El informe cumple con lo estipulado en el contrato:			SI	Se remitió al Grupo de contratación o Talento Humano:	SI	Fecha: Mar 5 2026	
	Observaciones del interventor a las actividades ejecutadas: Información correspondiente al primer periodo del contrato							
APORTES SEGURIDAD SOCIAL	Persona Natural:							
	Aportes a Salud			Aportes a Pensión				
	Valor pagado	\$250,000.00	Periodo	FEBRERO	Valor pagado	\$320,000.00	Periodo	FEBRERO
	Comprobante de pago Número:	9500749998			Comprobante de pago Número:	9500749998		
	Fecha de pago:	Mar 2 2026			Fecha de pago:	Mar 2 2026		
	Aportes a ARL			NOTA:				
	Valor pagado	\$10,500.00	Periodo	FEBRERO				
	Comprobante de pago Número:	9500749998						
Fecha de pago:	Mar 2 2026							
SOLICITUD DE PAGO	Persona Jurídica: Anexa Certificación del Revisor Fiscal: SI: NO:							
APLICACION RETENCION	Certifico que las actividades se están ejecutando conforme a lo establecido en le contrato, que el contratista cumplió con lospagos de la seguridad social en salud y pensión conforme a las normas vigentes, los soportes de estos pagos fueron revisados y cotejadoscon los originales y corresponden a este contrato, por lo tanto autorizo el pago.							
Manifiesto y declaro bajo gravedad de juramento que: Para efectos de la depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente establecida en el artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016, el cual aplica sobre los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos provenientes de honorarios y compensaciones por servicios personales bajo ciertas circunstancias, que NO he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un término superior a 90 días continuos o discontinuos.								

Anexos: Copia de aporte de pensión SI Copia de aporte de salud SI Cuenta de Cobro SI

FIRMA CONTRATISTA: 00BB88DE-4F83-41DA-8E9A-264F37B3C6E3

NOMBRE CONTRATISTA: KATIUSCA ANTEQUERA LLERENA

C.C.: 32745841



FIRMA SUPERVISOR 260ED205-E378-4B5D-9F54-E7A90D68827D

NOMBRE SUPERVISOR: JUAN MANUEL QUIROZ ORTEGA

CARGO: Secretaría de Planeación y obras publicas municipales



DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 32745841		ANTEQUERA LLERENA KATIUSCA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 72 No 81-139 CASA 1D	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3045271	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2026-01	2026-01	103940427		9500736681	I	2026/02/10	2026/03/02	BANCOLOMBIA	\$588,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,000,000	\$320,000			\$2,000,000	\$250,000			\$0	\$0			\$2,000,000	\$10,500		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,000,000	\$320,000			\$2,000,000	\$250,000			\$0	\$0			\$2,000,000	\$10,500		\$0	\$0
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)					\$2,000,000	\$320,000			\$2,000,000	\$250,000			\$0	\$0			\$2,000,000	\$10,500		\$0	\$0
1	CC 32745841	ANTEQUERA KATIUSCA	25-14	30	\$2,000,000	\$320,000	EPS010	30	\$2,000,000	\$250,000		0	\$0	\$0	14-23	30	\$2,000,000	\$10,500	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$2,000,000	\$320,000			\$2,000,000	\$250,000			\$0	\$0			\$2,000,000	\$10,500		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 32745841		ANTEQUERA LLERENA KATIUSCA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 72 No 81-139 CASA 1D	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3045271	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2026-01	2026-01	103940427		9500736681	I	2026/02/10	2026/03/02	BANCOLOMBIA	\$588,000

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$320,000	\$4,100	\$0	\$324,100	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$320,000	\$4,100	\$0	\$324,100	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$10,500	\$200	\$0	\$10,700	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$10,500	\$200	\$0	\$10,700	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$250,000	\$3,200	\$0	\$253,200	
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	\$250,000	\$3,200	\$0	\$253,200	
TOTAL				1	\$580,500	\$7,500	\$0	\$588,000	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 32745841		ANTEQUERA LLERENA KATIUSCA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 72 No 81-139 CASA 1D	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3045271	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2026-02	2026-02	104360044		9500749998	I	2026/03/10	2026/03/02	BANCOLOMBIA	\$580,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																										
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES							
No.	Identificación		Nombres		Codigo	Días	IBC	Aporte		Codigo	Días	IBC	Aporte		Codigo	Días	IBC	Aporte		Días	IBC	Aporte				
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)							\$2,000,000	\$320,000				\$2,000,000	\$250,000				\$0	\$0				\$0	\$0			
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)							\$2,000,000	\$320,000				\$2,000,000	\$250,000				\$0	\$0				\$0	\$0			
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)							\$2,000,000	\$320,000				\$2,000,000	\$250,000				\$0	\$0				\$0	\$0			
1	CC	32745841	ANTEQUERA KATIUSCA		25-14	30	\$2,000,000	\$320,000		EPS010	30	\$2,000,000	\$250,000			0	\$0	\$0		14-23	30	\$2,000,000	\$10,500	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)							\$2,000,000	\$320,000				\$2,000,000	\$250,000				\$0	\$0				\$2,000,000	\$10,500		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 32745841		ANTEQUERA LLERENA KATIUSCA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 72 No 81-139 CASA 1D	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3045271	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-02	2026-02	104360044	9500749998	I	2026/03/10	2026/03/02	BANCOLOMBIA	0	\$580,500

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$320,000	\$0	\$0	\$320,000	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$320,000	\$0	\$0	\$320,000	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$10,500	\$0	\$0	\$10,500	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$10,500	\$0	\$0	\$10,500	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$250,000	\$0	\$0	\$250,000	
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	\$250,000	\$0	\$0	\$250,000	
TOTAL				1	\$580,500	\$0	\$0	\$580,500	