INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA, ITSA
Nit. 802.011.065-5

DEBE A

JAIME EUSTORGIO FUENTES GONZALEZ

VALOR DEL PAGO PARCIAL: ($1.028.572)
PERIODO A CANCELAR: 23 de Abril al 22 de mayo del 2022.

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN LA VICERRECTORIA DE EXTENSIÓN E INVESTIGACIÓN DE LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA ITSA.

No. Contrato: 406-2022

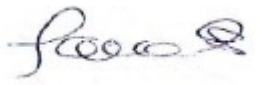
No. CDP: 220233

No. RP: 220492

No. CUENTA PARA CONSIGNAR: 802754452 cuenta de ahorros, Banco AVVILLAS.

Barranquilla, 23 de Mayo de 2022.

INSTITUCION UNIVERSITARIA ITSA
Rad: 8153 **Fecha:** 31/05/2022 **Hora:** 15:21:14
Asunto: CUENTA DE COBRO 0406-2022 23-04-2022 / 22-05-2022
Anexos: SIETE FOLIOS
Remite: JAIME EUSTORGIO FUENTES GONZÁLEZ
Destino: DILIO JOSE OROZCO GALINDO



JAIME EUSTORGIO FUENTES GONZALEZ
8726007 de BARRANQUILLA.

ITSA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA	INFORME DE SEGUIMIENTO DE INTERVENTORÍA O SUPERVISION DE PROVEEDOR O CONTRATISTA	FR-JUR-02-V12 Vigencia: 07/10/2021 Pág. 1 de 4

Fecha:	**23**	**de**	**Mayo**	**de**	**2022**

Acta de recibo Inicial __ Parcial_X_Final __

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO	
Contrato número:	406-2022
Tipo de contrato:	PRESTACION DE SERVICIOS
Nombre de Contratista:	JAIME EUSTORGIO FUENTES GONZALEZ
Objeto del contrato: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN LA VICERRECTORIA DE EXTENSIÓN E INVESTIGACIÓN DE LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA ITSA	

Valor del contrato:	$7.200.000 (SIETE MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS)			**RP Numero:**	220492
Rubro:	2.1.2.02.02.009 SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PERSONALES	**Fuente de Financiación:**	RECUROS PROPIOS	**Centro de Costo:**	CENTRO DE IDIOMAS
Plazo del contrato:	**Fecha de inicio:**	28 de enero de 2022		**Fecha de finalización:**	22 de agosto de 2022
Suspensión de contrato: (Si aplica)	**Fecha de suspensión:**			**Fecha de reinicio:**	

INFORMACIÓN ADICIONAL DEL CONTRATO	
Adicional al contrato número:	
Tipo de contrato:	
Nombre de Contratista:	
Objeto del contrato:	

Valor del adicional contrato:	**$**	**Valor Total Del Contrato**	**$**	**RP Numero:**	
Rubro:		**Fuente de Financiación:**		**Centro de Costo:**	
Plazo del contrato:	**Fecha de inicio:**			**Fecha de finalización:**	
Suspensión de contrato: (Si aplica)	**Fecha de suspensión:**			**Fecha de reinicio:**	

INFORMACIÓN DEL PAGO	
Valor a Pagar Parcial: $1.028.572	
Periodo al que corresponde el pago:	23 de Abril al 22 de mayo del 2022.

GARANTÍAS 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				
Cumplimiento				
Anticipo				
Pago anticipado				
Calidad y correcto funcionamiento de los bienes y equipos suministrados				
Salarios y prestaciones				
Responsabilidad Civil Extracontractual				
Otros				

ACREDITACION PAGOS APORTES (Persona Natural)	BASE GRAVABLE 40% DEL VALOR DEL CONTRATO		APORTE CORRESPONDIENTE AL MES DE:
Salud	**12.5%**	$185.800	ABRIL
Pensión	**16%**	$237.800	ABRIL
ARL		$ 7.800	ABRIL

CERTIFICACIÓN APORTES PARAFISCALES REVISOR FISCAL – REPRESENTANTE LEGAL (Persona Jurídica)	Fecha (dd/mm/aaaa)

CONTRATO		406-2022		
PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES	**BASE GRAVABLE**	**N° Recibo Pago**	**Valor Pagado**	**Fecha de Pago**
Estampilla ITSA	$7.200.000	20220008244	$22.000	Febrero 11 de 2022
Estampilla Pro – Dotación (Tercera Edad)				
Estampilla Pro Cultura				
Bono al Deporte				

ADICIONAL DEL CONTRATO				
PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES	**BASE GRAVABLE**	**N° Recibo Pago**	**Valor Pagado**	**Fecha de Pago**
Estampilla ITSA				
Estampilla Pro – Dotación (Tercera Edad)				
Estampilla Pro Cultura				
Bono al Deporte				

PAGO DE ESTAMPILLAS DEPARTAMENTALES:	N° Recibo Pago	Valor Pagado	Fecha de Pago
Estampilla Pro-Hospitales de 1y 2 Niveles			

Estampilla Pro-Hospital Universitario CARI			
Estampilla Pro-Electrificación Rural			
Estampilla Pro-Cultura			
Estampilla Pro-Desarrollo			
Estampilla Pro-Ciudadela Universitaria			
Estampilla Pro-Anciano			

ASISTENTES A LA REUNIÓN

Interventor(es) o Supervisor (es):	Shirley Urdaneta Cuesta		
Por parte del contratista:	JAIME EUSTORGIO FUENTES GONZALEZ		
Lugar donde se realiza la reunión	Oficina de cooperación		
Hora de inicio (a.m./p.m.)	05:30 pm	**Hora de finalización (a.m./p.m.)**	06:00 pm

VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS COMPROMISOS Y/O ACTIVIDADES CONTEMPLADAS EN EL CONTRATO

Actividad /Compromiso	Justificación / Observación
1. Impartir la formación encomendada en los horarios y grupos asignados.	Se impartió la formación encomendada en los horarios y grupos asignados.
2. Llevar el registro de asistencia de los estudiantes en los formatos establecidos.	Se llevó el registro y se entregó el formato de asistencia establecido firmado por los estudiantes.
3. Cumplir con el diligenciamiento y la entrega de los planes de clase semanal de acuerdo con el plan curricular de cada módulo.	Se cumplió con el diligenciamiento y la entrega de los planes de clase semanal de acuerdo con el plan curricular de cada módulo.
4. Cumplir con el adecuado uso de las plataformas educativas a disposición de la Institución para cada módulo.	Se cumplió con el adecuado uso de las plataformas educativas a disposición de la Institución para cada módulo.
5. Organizar, planear, programar y ejecutar actividades académicas y demás actividades inherentes a las áreas del conocimiento, atendiendo directrices de la vicerrectoría de extensión e investigación y lo establecido en el proyecto educativo institucional.	Se evidenció la organización, planeación y ejecución delas actividades académicas y demás actividades inherentes a las áreas del conocimiento, atendiendo directrices de la vicerrectoría de extensión e investigación y lo establecido en el proyecto educativo institucional.
6. Desempeñar las actividades curriculares con eficiencia calidad y profesionalismo además de medir y retroalimentar permanentemente el desempeño alcanzado por los estudiantes en su proceso formativo, con el fin de establecer planes de mejoramiento para el cumplimiento de las misión y objetivos institucionales.	Se desempeñaron las actividades curriculares con eficiencia Calidad y profesionalismo además se midieron y retroalimentó permanentemente el desempeño alcanzado por los estudiantes en su proceso formativo, con el fin de establecer planes de mejoramiento para el cumplimiento de las misión y objetivos institucionales.
7. Apoyar las actividades de auditoría del Centro de Enseñanza de Lenguas.	Se apoyó en las actividades de auditoría del Centro de Enseñanza de Lenguas.

8. Apoyar en las actividades que se realicen en la vicerrectoría de extensión e investigación.	Se apoyó en las actividades necesarias de la vicerrectoría de extensión e investigativa
9. Cumplir con las actividades e indicaciones asignadas por el supervisor del contrato.	Se cumplió con las actividades e indicaciones asignadas por el supervisor del contrato.
10. Encontrarse al día de pago de los aportes a seguridad social durante la ejecución del contrato	Se encuentra al día de los pagos de los aportes a seguridad social durante la ejecución del contrato.
11. Asistir a las reuniones que convoque al supervisor del contrato	Asistió a las reuniones convocadas por el supervisor del contrato.
12. Realizar la legalización del contrato dentro de los (5) días siguientes la suscripción del mismo	Legalizó el contrato dentro de los 5 días siguientes la suscripción de este.
13. Realizarse los exámenes médicos ocupacionales que exige la Ley	Se realizó los exámenes médico-ocupacionales que exige la ley.

EVALUACIÓN AL PROVEEDOR O CONTRATISTA

Califique de 1 a 5 según el grado de satisfacción. Donde 1 es el mínimo y 5 el máximo:

OPCIONES A EVALUAR	1	2	3	4	5
Cumplimiento al objeto del contrato				X	
Calidad de las especificaciones del bien o servicio				X	
Cumplimiento de la entrega				X	
Atención al cliente por parte del contratista				X	

Calificación proveedor o contratista: 4.0

COMPROMISOS ADQUIRIDOS EN LA INTERVENTORÍA O SUPERVISIÒN		
Compromiso	**Fecha de entrega**	**Responsable**

Fecha de la próxima reunión	**22**	**de**	**Junio**	**de**	**2022**

Para constancia de lo anterior, firman la presente acta los que en ella intervinieron a los (23)				
veintitrés	días del mes de	mayo	de	2022

Shirley Urdaneta Cuesta
INTERVENTOR o SUPERVISOR

JAIME EUSTORGIO FUENTES GONZALEZ
CONTRATISTA

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	8726007
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	JAIME EUSTORGIO FUENTES GONZALEZ FUENTES GONZALEZ		
CIUDAD/MUNICIPIO:	BARRANQUILLA	DEPARTAMENTO:	ATLANTICO
DIRECCIÓN:	CARRERA 45 82 185	TELÉFONO:	3530463
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:	**4444477262**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2022	SALUD:	AÑO:	2022
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2022/05/05	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		2050564356

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 237.800
SUBTOTAL:			1	**$ 237.800**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800130907	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	$ 185.800
SUBTOTAL:			1	**$ 185.800**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 7.800
SUBTOTAL:			1	**$ 7.800**

TOTAL PAGADO:	**$ 431.400**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	8726007
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JAIME EUSTORGIO FUENTES GONZALEZ FUENTES GONZALEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BARRANQUILLA	DEPARTAMENTO:	ATLANTICO
DIRECCIÓN:	CARRERA 45 82 185 GRANADILLO	TELÉFONO:	3530463
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**4444477262**		TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	abril	AÑO 2022	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	abril	AÑO 2022
DÍAS DE MORA:		0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2022/05/05		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		2050564356	

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 237.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 237.800	$ 0	$ 237.800
SUBTOTALES:										**$ 237.800**	**$ 0**	**$ 237.800**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 185.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 185.800	$ 0	$ 0	$ 185.800
SUBTOTALES:													**$ 185.800**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 185.800**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 7.800	$ 7.800	$ 0	$ 0	$ 7.800
SUBTOTALES:									**$ 7.800**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 7.800**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES						
																												PENSIÓN								SALUD						ARP																	
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 8726007	FUENTES GONZALEZ JAIME EUSTORGIO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.486.108				NO																		25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.486.108	$ 237.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 237.800	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.486.108	$ 185.800	$ 0	$ 185.800	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.486.108	8726007	$ 7.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 431.400**

ALCALDÍA DE BARRANQUILLA
Distrito Especial, Industrial y Portuario
Secretaría de Hacienda



SÃibado, 19 de Febrero de 2022

Regresar Menú Rentas | Nueva Búsqueda

Datos Básicos del Recibo de Pago

No. Documento:	**20220008244**
Fecha Emisión:	10/02/2022
Identificación:	8726007
Declarante:	JAIME EUSTORGIO FUENTES GONZALEZ
Vigencia:	2022
Periodo Liquidación:	1
Impuesto:	ESTAMPILLA ITSA
Acto:	ESTAMPILLA ITSA
Base Gravable:	$ 7,200,000
Fecha Pago:	11/02/2022
Monto Pagado:	$ 22,000
Banco Recaudador:	BANCO DE OCCIDENTE
No. de Soporte:	406-2022
Estado:	**VALIDACION CORRECTA DEL IMPUESTO**