INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA

Nit. 802.011.065-5

DEBE A

CAMILO ANDRES VITOLA DE LA HOZ

VALOR DEL PAGO: $2.625.021 Dos millones seiscientos veinticinco mil veintiún pesos M/L)

PERIODO A CANCELAR: Primer pago pago contrato 20240201.

OBJETO DEL CONTRATO: Prestación de Servicios de Apoyo a la Gestión en la Institución Universitaria de Barranquilla.

No. Contrato: 20240201 **No. CDP. 240364** **No. RP. 240727**

No. CUENTA PARA CONSIGNAR: Cuenta de Ahorros número 488412117001 del Banco Davivienda.

Correo electrónico: cvitola@unibarranquilla.edu.co

Número de teléfono: 3017833372



Soledad, 25 de abril de 2024

Camilo Vitola

_____

CAMILO ANDRES VITOLA DE LA HOZ
C.C 1001853009 de Barranquilla

Anexo: Informe de Evaluación Supervisor, Pago Seguridad Social, carta aplicación retefuente a título de impuesto de renta

Fecha:	25	de	Abril	de	2024

Acta de recibo Inicial _X_ Parcial __ Final __

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO	
Contrato número:	20240201
Tipo de contrato:	CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA IUB
Nombre de Contratista:	CAMILO ANDRES VITOLA DE LA HOZ
Objeto del contrato: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA IUB	

Valor del contrato:	**$7.875.063 (El valor estimado del contrato es la suma de siete millones ochocientos setenta y cinco mil sesenta y tres pesos moneda legal)**			**RP Número:**	**240727**
Rubro:	**2.1.2.02.02.008 - Servicios prestados a las empresas y servicios de producción**	**Fuente de Financiación:**	**Recursos propios**	**Centro de Costo:**	**Vicerrectoría Administrativa y Financiera**
Plazo del contrato:	**Fecha de inicio:**	**22/04/2024**		**Fecha de finalización:**	**30/06/2024**
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 Número:**	
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 Inicial: $2.625.021 Dos millones seiscientos veinticinco mil veintiún pesos M/L

Periodo al que corresponde el pago:	**Primer pago contrato 20240201**

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%**	$ 162.500	Marzo 2024
Pensión	**16%**	$ 208.000	Marzo 2024
ARL	**0.522%**	$ 6.800	Marzo 2024

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

CONTRATO		**20240201**		
PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES	**BASE GRAVABLE**	**N° Recibo Pago**	**Valor Pagado**	**Fecha de Pago**
Estampilla ITSA	**$7.875.063**	**20240025002**	**$24.000**	**22/04/2024**
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):	Carolina Monsalve Pabón		
Por parte del contratista:	Camilo Andrés Vitola De La Hoz		
Lugar donde se realiza la reunión	Sala de Juntas Soledad		
Hora de inicio (a.m./p.m.)	9:00 am	**Hora de finalización (a.m./p.m.)**	10:00 am

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

Actividad /Compromiso	Justificación / Observación
Apoyar en la recopilación, organización y reporte de información en la herramienta HECAA que permite el cargue de los datos requeridos por el Ministerios de Educación Nacional – MEN, correspondiente al sistema de Información para la Educación Superior – SNIES y el Sistema para la Prevención de la Deserción de la Educación Superior – SPADIES, de acuerdo con los términos referenciados en los decretos que lo reglamentan.	Se apoya a la unidad de planeación en la recopilación, organización y reporte de información en la herramienta HECAA que permite el cargue de los datos requeridos por el Ministerios de Educación Nacional – MEN, correspondiente al sistema de Información para la Educación Superior – SNIES y el Sistema para la Prevención de la Deserción de la Educación Superior – SPADIES, de acuerdo con los términos referenciados en los decretos que lo reglamentan.
Apoyar en el seguimiento de los estudiantes aprobados y potenciales de la Política Gratuidad en los Componentes de Excelencia, Equidad y Fondo Solidario identificados por el Ministerio de Educación Nacional - MEN.	Se apoya a la unidad de planeación en el seguimiento de los estudiantes aprobados y potenciales de la Política Gratuidad en los Componentes de Excelencia, Equidad y Fondo Solidario identificados por el Ministerio de Educación Nacional - MEN.
Apoyar en la consolidación de la información para la construcción del documento Seguimiento de los Beneficiarios de la Política de Gratuidad.	Se apoya a la unidad de planeación en la consolidación de la información para la construcción del documento Seguimiento de los Beneficiarios de la Política de Gratuidad.
Apoyar en el análisis que permita construir la proyección académica cuatrimestral, mediante el cual, se definan los grupos de primer ingreso y la continuidad estudiantil que nos apoye a la planeación de los horarios académicos	Se apoya a la unidad de planeación en el análisis que permita construir la proyección académica cuatrimestral, mediante el cual, se definan los grupos de primer ingreso y la continuidad estudiantil que nos apoye a la planeación de los horarios académicos.
Apoyar en el seguimiento y control de la estructuración de la proyección académica a nivel de módulos por programas con el apoyo de las Facultades y las Unidades de Idiomas para establecer horarios y recursos físicos.	Se apoya a la unidad de planeación en el seguimiento y control de la estructuración de la proyección académica a nivel de módulos por programas con el apoyo de las Facultades y las Unidades de Idiomas para establecer horarios y recursos físicos.
Apoyar en la administración del sistema de solicitudes y asignación de recursos físicos por medio de la herramienta institucional Mi	Se apoya a la unidad de planeación en la administración del sistema de solicitudes y asignación de recursos físicos por medio

Espacio.	de la herramienta institucional Mi Espacio.
Apoyar en la elaboración de informe de uso de infraestructura física, tecnológica y deportiva, solicitudes de recursos por medio de sistema de reserva de Mi Espacio y análisis de seguimiento de matrículas y becados anual y cuatrimestral.	Se apoya a la unidad de planeación en la elaboración de informe de uso de infraestructura física, tecnológica y deportiva, solicitudes de recursos por medio de sistema de reserva de Mi Espacio y análisis de seguimiento de matrículas y becados anual y cuatrimestral.

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: 4,5

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

Fecha de la próxima reunión	**25**	**De**	**05**	**de**	**2024**

Para constancia de lo anterior, firman la presente acta los que en ella intervinieron a los (25)				
Veinticinco	días del mes de	Abril	de	2024

Carolina Monsalve Pabón
Supervisor o Interventor

Camilo Andrés Vitola De La Hoz
Contratista

Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envío y pago de su planilla.

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900089104-5
Razón Social del Operador de Información	Enlace Operativo
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2024-04-23, 03:58:34 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	marzo de 2024
Periodo de Cotización Para Salud	marzo de 2024
Empresa	CAMILO ANDRES VITOLA DE LA HOZ
CEDULA CIUDADANIA	CC 1001853009
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	69358013
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	593717697
Banco	(1051) - BANCO DAVIVIENDA
Valor	$ 383.900
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	www.suaporte.com.co

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	$ 208.000	$ 3.600
N800130907	EPS002	SALUD TOTAL EPS	1	$ 162.500	$ 2.800
N860002503	14-7	SEGUROS BOLIVAR SA	1	$ 6.800	$ 200
		SubTotales:		$ 377.300	$ 6.600
		Total a Pagar:			$ 383.900

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.

Enlace Operativo no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.



Lunes, 22 de Abril de 2024

Datos Básicos del Recibo de Pago

No. Documento:	**20240025002**
Fecha Emisión:	22/04/2024
Identificación:	1001853009
Declarante:	CAMILO ANDRES VITOLA DE LA HOZ
Vigencia:	2024
Periodo Liquidación:	1
Impuesto:	ESTAMPILLA ITSA
Acto:	ESTAMPILLA ITSA
Base Gravable:	$ 7.875.063
Fecha Pago:	22/04/2024
Monto Pagado:	$ 24.000
Banco Recaudador:	BANCO DE OCCIDENTE
No. de Soporte:	20240201, CONTRATO SECOP: 20240201
Asociada Entidad:	INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB
Estado:	**VALIDACION CORRECTA DEL IMPUESTO**

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BARRANQUILLA, **16/04/2024**
ATLANTICO,
COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor CAMILO ANDRES VITOLA DE LA HOZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **1001853009**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550488412117001**
Fecha de apertura	**26/12/2019**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMATO DECLARACION JURAMENTADA CONTRATISTA

Soledad, 22 de abril de 2024

Señores:

INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB

El presente certificado para dar cumplimiento a la ley 1819 y de conformidad, declaro bajo gravedad de juramento que:

1). Soy residente fiscal colombiano: SI [X] NO [ ]

2). Que he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores asociados a la actividad por lo menos noventa (90) días continuos o discontinuos. Art. 388 del ET modificado por la Ley 1819 de 2016 y art 340 del ET modificado por la Ley 1819 de 2016.

SI [ ] NO [X]

3). Soy declarante del impuesto sobre la renta y complementarios:

SI [ ] NO [X]

4). Para efectos de disminuir la base de retención en la fuente a título de renta (art. 387 ET), sobre mis honorarios o servicios, me permito adjuntar los siguientes documentos:

a). Que de acuerdo a lo establecido en el artículo 387 del E.T. modificado por la Ley 1819 de 2016, solicito deducción por Dependientes. SI [ ] NO [X]

b). Que de acuerdo a lo establecido en el artículo 387 del E.T. modificado por la Ley 1819 de 2016; solicito deducción por los intereses de vivienda. Respaldada con la certificación de la Entidad que financia el crédito. SI [ ] NO [X]

c). que de acuerdo a lo establecido en el artículo 387 del E.T. modificado por la Ley 1819 de 2016, solicito deducción de la medicina prepagada respaldada con la certificación de la entidad promotora de salud. SI [ ] NO [X]

NOTA: Me comprometo a suministrar oportunamente cualquier cambio en la información aquí manifestada.

FIRMA



Camilo Andrés Vitola De La Hoz
Cc.1.001.853.009 de Barranquilla