INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB

Nit. 802.011.065-5

DEBE A

JUAN CARLOS PEROZO RAGO

VALOR DEL PAGO: Dos Millones Seiscientos Veinticinco Mil Veintiún Pesos Moneda Legal ($2.625.021).

PERIODO A CANCELAR: PRIMER PAGO CONTRATO No. 20240202.

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA – IUB

No. Contrato: CONTRATO No. 20240202.

No. CDP. 240364

No. RP. 240706

No. CUENTA PARA CONSIGNAR: Cuenta de Ahorros No. 029700023657 de Davivienda

CELULAR: 302 2493175

CORREO: pe.ro.zo@hotmail.com

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA
Rad: 17886 **Fecha:** 26/04/2024 **Hora:** 10:39:06
Asunto: CUENTA DE COBRO 20240202. PRIMER PAGO
Anexos: 11 FOLIOS
Remite: JUAN CARLOS PEROZO RAGO
Destino: RODOLFO JOSE GONZALEZ PULIDO

Barranquilla, 22 de abril del 2024.

JUAN C. PEROZO

JUAN CARLOS PEROZO RAGO
Nº 72.305.479 Usiacurí, Atlántico

Fecha:	**22**	**de**	**abril**	**de**	**2024**

Acta de recibo Inicial _X_ Parcial __ Final __

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO	
Contrato número:	CONTRATO No. 20240202
Tipo de contrato:	CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA IUB
Nombre de Contratista:	JUAN CARLOS PEROZO RAGO
Objeto del contrato: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA IUB	

Valor del contrato:	SIETE MILLONES OCHOCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL SESENTA Y TRES PESOS MONEDA LEGAL($7.875.063)			**RP Número:**	240706
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:**	19-04-2024		**Fecha de finalización:**	30-06-2024
Suspensión de contrato: (Si aplica)	**Fecha de suspensión:**	No aplica		**Fecha de reinicio:**	No aplica

INFORMACIÓN ADICIONAL DEL CONTRATO	
Adicional al contrato número:	**No aplica**
Tipo de contrato:	**No aplica**
Nombre de Contratista:	**No aplica**
Objeto del contrato:	**No aplica**

Valor del adicional contrato:	No aplica	**Valor Total Del Contrato**	No aplica	**RP Número:**	No aplica
Rubro:	No aplica	**Fuente de Financiación:**	No aplica	**Centro de Costo:**	No aplica
Plazo del contrato:	**Fecha de inicio:**	No aplica		**Fecha de finalización:**	No aplica
Suspensión de contrato: (Si aplica)	**Fecha de suspensión:**	No aplica		**Fecha de reinicio:**	No aplica

INFORMACIÓN DEL PAGO	
Valor a Pagar Parcial: Dos Millones Seiscientos Veinticinco Mil Veintiún Pesos Moneda Legal ($2.625.021).	
Periodo al que corresponde el pago:	PRIMER PAGO CONTRATO No. 20240202

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	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica
Cumplimiento	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica
Anticipo	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica
Pago anticipado	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica
Calidad y correcto funcionamiento de los bienes y equipos suministrados	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica
Salarios y prestaciones	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica
Responsabilidad Civil Extracontractual	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica
Otros	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica

ACREDITACION PAGOS APORTES (Persona Natural)	**BASE GRAVABLE 40% DEL VALOR DEL CONTRATO**		**APORTE CORRESPONDIENTE AL MES DE:**
Salud	**12.5%**		
Pensión	**16%**		
ARL	**2,436**		

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

CONTRATO		20240202		
PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES	**BASE GRAVABLE**	**N° Recibo Pago**	**Valor Pagado**	**Fecha de Pago**
Estampilla ITSA	$ 7.875.063	20240024469	$ 24.000	22/04/2024
Estampilla Pro – Dotación (Tercera Edad)	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica
Estampilla Pro Cultura	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica
Bono al Deporte	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica

ADICIONAL DEL CONTRATO		No aplica		
PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES	**BASE GRAVABLE**	**N° Recibo Pago**	**Valor Pagado**	**Fecha de Pago**
Estampilla ITSA	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica
Estampilla Pro – Dotación (Tercera Edad)	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica

Estampilla Pro Cultura	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica
Bono al Deporte	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica

PAGO DE ESTAMPILLAS DEPARTAMENTALES:	**N° Recibo Pago**	**Valor Pagado**	**Fecha de Pago**
Estampilla Pro-Hospitales de 1y 2 Niveles	No aplica	No aplica	No aplica
Estampilla Pro-Hospital Universitario CARI	No aplica	No aplica	No aplica
Estampilla Pro-Electrificación Rural	No aplica	No aplica	No aplica
Estampilla Pro-Cultura	No aplica	No aplica	No aplica
Estampilla Pro-Desarrollo	No aplica	No aplica	No aplica
Estampilla Pro-Ciudadela Universitaria	No aplica	No aplica	No aplica
Estampilla Pro-Anciano	No aplica	No aplica	No aplica

ASISTENTES A LA REUNIÓN

Interventor(es) o Supervisor (es):	CAROLINA MONSALVE PABÓN		
Por parte del contratista:	JUAN CARLOS PEROZO RAGO		
Lugar donde se realiza la reunión	OFICINA DE PLANEACIÓN		
Hora de inicio (a.m./p.m.)	10:30 a.m.	**Hora de finalización (a.m./p.m.)**	11:15 a.m.

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

Actividad /Compromiso	**Justificación / Observación**
Apoyar el seguimiento del programa y de los controles de auditorías internas del Sistema Integrado de Gestión para todas las áreas.	Se apoya el seguimiento del programa y de los controles de auditorías internas del Sistema Integrado de Gestión para todas las áreas.
Brindar asistencia para la estructuración, modificación, revisión, actualización y difusión de documentos del Sistema Integrado de Gestión.	Se brinda asistencia con la estructuración, modificación, revisión, actualización y difusión de documentos del Sistema Integrado de Gestión.
Apoyar con la generación de comunicados y envío de correo para difundir las actualizaciones documentales del SIG.	Se apoya con la generación de comunicados y envío de correo para difundir las actualizaciones documentales del SIG.
Apoyar en la realización de inducciones sobre el Sistema Integrado de Gestión.	Se apoya en la realización de inducciones sobre el Sistema Integrado de Gestión.
Brindar asistencia en la digitalización y actualización de la documentación correspondiente al SIG.	Se brinda asistencia con la digitalización y actualización de la documentación correspondiente al SIG para dar respuesta rápida y oportuna a las necesidades de los procesos.
Apoyar en las actividades de clasificación, codificación y archivo de la documentación del SIG.	Se apoya en las actividades de clasificar, codificar y archivar la documentación del SIG.
Apoyar en la ejecución de las auditorías internas del SIG y seguimiento de actividades relacionadas con	Se apoyar en la ejecución de las auditorías internas del SIG y seguimiento de actividades

servicios no conformes y gestión de la mejora continua, entre otros.	relacionadas con servicios no conformes y gestión de la mejora continua, entre otros.
Apoyar en la estructuración de los hallazgos, análisis de causas, planes de acción, seguimiento al cumplimiento y verificación de la eficacia de los mismos, entre otros del SIG.	Se apoya en la estructuración de los hallazgos, análisis de causas, planes de acción, seguimiento al cumplimiento y verificación de la eficacia de los mismos, entre otros del SIG.
Apoyar con la gestión o la logística de las recolecciones de residuos generados en la Institución (ISO 14001:2015).	Se apoya con la gestión o la logística de las recolecciones de residuos generados en la Institución (ISO 14001:2015).
Apoyar en las actividades propias del proceso cual se encuentra asignado.	Se apoya en las actividades propias del proceso cual se encuentra asignado.

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: X

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

Fecha de la próxima reunión	20	**De**	mayo	**de**	2024

Para constancia de lo anterior, firman la presente acta los que en ella intervinieron a los (22)				
veintidós	días del mes de	abril	de	2024

CAROLINA MONSALVE
Supervisor o Interventor

JUAN CARLOS PEROZO RAGO
Contratista

Bogotá, Abril / 22 de 2024

Señor (a): JUAN CARLOS PEROZO RAGO
CC. 72305479
CR 6 D 48 B 68 SUR
BARRANQUILLA

Referencia: Certificado de afiliación a Salud Total EPS-S S.A.

Reciba un Cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S SA,

Por medio de la presente, nos permitimos certificar que, a la fecha de expedición de la presente comunicación, registra en nuestras bases de datos su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS-S S.A., la cual se realizó a partir de Febrero / 1 de 2010, y su estado afiliación es Activo como CONYUGE.

CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADO.

En Salud Total EPS-S S.A. apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con calidad total. Escucharte es la manera de mejorar nuestro servicio por eso conoce los canales por los cuales puedes generar certificaciones. Ingresa a la APP Salud Total EPS-S opción certificaciones o www.saludtotal.com.co Oficina Virtual, portal transaccional.

Cualquier información adicional, con gusto será atendida a través del enlace **Te Escuchamos en www.saludtotal.com.co** o puede comunicarse con nuestra línea 018000114524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.
Elaboró: *Oficina Virtual*

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el estado actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación y siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JUAN CARLOS PEROZO RAGO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **72.305.479**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 22 de Abril del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

SEGUROS BOLÍVAR

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB
Identificada con NT No. 802011065

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 2540576402303, a partir del 01 de Julio del año 2021.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO COTIZANTE	ESTADO
CC	72305479	JUAN CARLOS PEROZO RAGO	RIESGO 1 (0,522%)	1	0.522%	16/01/2024		DEPENDIENTE	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 24 de Abril del año 2024.

Firma Representante Legal

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS BOLÍVAR

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB
Identificada con NT No. 802011065

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 2540576402303, a partir del 01 de Julio del año 2021.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO COTIZANTE	ESTADO
CC	72305479	JUAN CARLOS PEROZO RAGO	INDEPENDIENTES RIESGO I	1	0.522%	25/04/2024	30/06/2024	IND CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS MAYOR A 1MES	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 24 de Abril del año 2024.

Firma Representante Legal

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Lunes, 22 de Abril de 2024

Regresar Menú Rentas | Nueva Búsqueda

Datos Básicos del Recibo de Pago

No. Documento:	**20240024469**
Fecha Emisión:	19/04/2024
Identificación:	72305479
Declarante:	JUAN CARLOS PEROZO RAGO
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:	20240202
Asociada Entidad:	INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB
Estado:	**VALIDACION CORRECTA DEL IMPUESTO**

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BARRANQUILLA, **16/04/2024**
ATLANTICO,
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor JUAN CARLOS PEROZO RAGO** con **Cédula de Ciudadanía** número **72305479**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**029700023657**
Fecha de apertura	**24/01/2014**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMATO DECLARACION JURAMENTADA CONTRATISTA

Barranquilla, 19 de abril de 2024

Señores:

INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA – IUB.

Barranquilla.

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

Juan Carlos Perozo Rago
C.C 72.305.479