INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA IUB

Nit. 802.011.065-5

DEBE A

ANA CAROLINA FUNEZ JOTTYZ

VALOR DEL PAGO MENSUAL: CUATRO MILLONES NOVECIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS MONEDA LEGAL ($4.934.375)

PERIODO A CANCELAR: Primer Pago contrato 20240204

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB

No. Contrato. 20240204 **No. CDP.** 240365 **No. RP.** 240708

No. CUENTA PARA CONSIGNAR: Cuenta de ahorro No. 769-389557-07 de Bancolombia

Soledad, 24 de abril de 2024.



INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA
Rad: 17888 **Fecha:** 26/04/2024 **Hora:** 10:42:19
Asunto: CUENTA DE COBRO 20240204 PRIMER PAGO
Anexos: 11 FOLIOS
Remite: ANA CAROLINA FUNEZ JOTTIZ
Destino: RODOLFO JOSE GONZALEZ PULIDO

Ana Carolina Fúnez Jottyz
C.C. 64.704.118 de Sincelejo
Celular: 3014548876
Correo: afunez@itsa.edu.co/ anacarolinafujo@gmail.com

Documentos Soportes Anexar: informe de Evaluación Supervisor, Pago Seguridad Social, carta aplicación retefuente a título de impuesto de renta

Fecha:	**24**	**de**	**Abril**	**de**	**2024**

Acta de recibo Inicial _x_ Parcial __ Final __

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO	
Contrato número:	20240204
Tipo de contrato:	Prestación de Servicios Profesionales
Nombre de Contratista:	Ana Carolina Funez Jottiz
Objeto del contrato: Prestación de Servicios Profesionales en la Institución Universitaria de Barranquilla IUB	

Valor del contrato:	**CATORCE MILLONES OCHOCIENTOS TRES MIL CIENTO VEINTICINCO PESOS MONEDA LEGAL ($14.803.125)**			**RP Número:**	**240708**
Rubro:	**2.1.2.0.2.0.2.0.0.8 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:**	**N/A**		**Fecha de reinicio:**	**N/A**

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 Parcial: CUATRO MILLONES NOVECIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS MONEDA LEGAL ($4.934.375)	
Periodo al que corresponde el pago:	**Primer pago contrato 20240204**

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

ACREDITACION PAGOS APORTES (Persona Natural)	**BASE GRAVABLE 40% DEL VALOR DEL CONTRATO**		**APORTE CORRESPONDIENTE AL MES DE:**
Salud	**12.5%**	$286.000	Marzo
Pensión	**16%**	$366.100	Marzo
ARL		$12.000	Marzo

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

CONTRATO		**20240204**		
PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES	**BASE GRAVABLE**	**N° Recibo Pago**	**Valor Pagado**	**Fecha de Pago**
Estampilla ITSA	**$14.803.125**	**20240024803**	**$44.000**	**22/04/2024**
Estampilla Pro – Dotación (Tercera Edad)	**$14.803.125**	**20240024796**	**$370.000**	**22/04/2024**
Estampilla Pro Cultura	**$14.803.125**	**20240024801**	**$74.000**	**22/04/2024**
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:	Ana Carolina Funez Jottiz		
Lugar donde se realiza la reunión	**Oficina de Planeación**		
Hora de inicio (a.m./p.m.)	10:00 a.m	**Hora de finalización (a.m./p.m.)**	**11:00 a.m**

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

Actividad /Compromiso	Justificación / Observación
Apoyar la formulación de los lineamientos estratégicos Institucionales de mediano y largo plazo.	Se apoyó en la formulación de los lineamientos estratégicos Institucionales de mediano y largo plazo.
Apoyar en la formulación, seguimiento y evaluación de los planes y proyectos de inversión institucionales.	Se apoyó en la formulación, seguimiento y evaluación de los planes y proyectos de inversión institucionales.
Realizar seguimiento al desarrollo de actividades y estrategias tendientes a dar cumplimiento a los lineamientos en materia de la Estrategia de Lucha Contra la Corrupción, Plan de Participación Ciudadana, Racionalización de Trámites, Datos Abiertos, y Transparencia y Acceso a la Información de acuerdo con lo establecido en el plan anual de la Institución.	Se trabajó en el desarrollo de actividades y estrategias tendientes a dar cumplimiento a los lineamientos en materia de la Estrategia de Lucha Contra la Corrupción, Plan de Participación Ciudadana, Racionalización de Trámites, Datos Abiertos, y Transparencia y Acceso a la Información de acuerdo con lo establecido en el plan anual de la Institución.
Apoyar en la implementación de actividades necesarias para el sostenimiento del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, bajo los lineamientos del Decreto 1499 de 2017	Se trabajó en la implementación de actividades necesarias para el sostenimiento del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, bajo los lineamientos del Decreto 1499 de 2017

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	**20**	**De**	**Abril**	**de**	**2024**

Para constancia de lo anterior, firman la presente acta los que en ella intervinieron a los (24)				
Veinticuatro	días del mes de	Abril	de	2024

Carolina Monsalve Pabón
Supervisor o Interventor

Ana Carolina Funez Jottiz
Contratista

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 64704118		FUNEZ JOTTIZ ANA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 23 A N 79-70 SEGUNDO PISO	SOLEDAD-ATLANTICO	6935157	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-03	564415279	9465497048	I	2024/04/04	2024/04/09	BANCOLOMBIA	5	$667,100

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)					$2,287,778	$366,100			$2,287,778	$286,000			$0	$0			$2,287,778	$12,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,287,778	$366,100			$2,287,778	$286,000			$0	$0			$2,287,778	$12,000		$0	$0
Ciudad: SOLEDAD Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)					$2,287,778	$366,100			$2,287,778	$286,000			$0	$0			$2,287,778	$12,000		$0	$0
1	CC	64704118	FUNEZ ANA	230301	30	$2,287,778	$366,100	EPS010	30	$2,287,778	$286,000		0	$0	$0	14-7	30	$2,287,778	$12,000	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$2,287,778	$366,100			$2,287,778	$286,000			$0	$0			$2,287,778	$12,000		$0	$0

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 64704118		FUNEZ JOTTIZ ANA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 23 A N 79-70 SEGUNDO PISO	SOLEDAD-ATLANTICO	6935157	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-03	564415279	9465497048	I	2024/04/04	2024/04/09	BANCOLOMBIA	5	$667,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$366,100	$1,600	$0	$367,700
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$366,100	$1,600	$0	$367,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$12,000	$100	$0	$12,100
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$12,000	$100	$0	$12,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$286,000	$1,300	$0	$287,300
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$286,000	$1,300	$0	$287,300
TOTAL				**1**	**$664,100**	**$3,000**	**$0**	**$667,100**



Lunes, 22 de Abril de 2024

Regresar Menú Rentas | Nueva Búsqueda

Datos Básicos del Recibo de Pago

No. Documento:	**20240024803**
Fecha Emisión:	22/04/2024
Identificación:	64704118
Declarante:	ANA CAROLINA FUNEZ JOTTIZ
Vigencia:	2024
Periodo Liquidación:	1
Impuesto:	ESTAMPILLA ITSA
Acto:	ESTAMPILLA ITSA
Base Gravable:	$ 14.803.125
Fecha Pago:	22/04/2024
Monto Pagado:	$ 44.000
Banco Recaudador:	BANCO DE OCCIDENTE
No. de Soporte:	20240204
Asociada Entidad:	INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB
Estado:	**VALIDACION CORRECTA DEL IMPUESTO**



Lunes, 22 de Abril de 2024

Regresar Menú Rentas | Nueva Búsqueda

Datos Básicos del Recibo de Pago

No. Documento:	**20240024796**
Fecha Emisión:	22/04/2024
Identificación:	64704118
Declarante:	ANA CAROLINA FUNEZ JOTTIZ
Vigencia:	2024
Periodo Liquidación:	1
Impuesto:	ESTAMPILLA ADULTO MAYOR
Acto:	ESTAMPILLA ADULTO MAYOR
Base Gravable:	$ 14.803.125
Fecha Pago:	22/04/2024
Monto Pagado:	$ 370.000
Banco Recaudador:	BANCO DAVIVIENDA
No. de Soporte:	20240204
Asociada Entidad:	INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB
Estado:	**VALIDACION CORRECTA DEL IMPUESTO**



Lunes, 22 de Abril de 2024

Regresar Menú Rentas | Nueva Búsqueda

Datos Básicos del Recibo de Pago

No. Documento:	**20240024801**
Fecha Emisión:	22/04/2024
Identificación:	64704118
Declarante:	ANA CAROLINA FUNEZ JOTTIZ
Vigencia:	2024
Periodo Liquidación:	1
Impuesto:	ESTAMPILLA PROCULTURA OTROS
Acto:	ESTAMPILLA PROCULTURA OTROS
Base Gravable:	$ 14.803.125
Fecha Pago:	22/04/2024
Monto Pagado:	$ 74.000
Banco Recaudador:	BANCO DAVIVIENDA
No. de Soporte:	20240204
Asociada Entidad:	INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB
Estado:	**VALIDACION CORRECTA DEL IMPUESTO**

Certificación Bancaria

Martes, 30 de enero de 2024

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que ANA CAROLINA FUNEZ JOTTYZ identificado(a) con CC 64704118, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta Ahorros / A la mano	76938955707	2015-03-04	ACTIVO	*****

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.
*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345.Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.

Bancolombia

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com.co

FORMATO DECLARACION JURAMENTADA CONTRATISTA

Soledad, 19/04/2024

Señores:
INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA
ciudad.

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



Ana Carolina Funez Jottiz
Cc: 64.704.118 de S/jo