INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA ITSA

Nit. 802.011.065-5

DEBE A

CINDY PAOLA ACOSTA PÉREZ

VALOR DEL PAGO MENSUAL: TRES MILLONES NOVECIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS MONEDA LEGAL ($3.934.375)

PERIODO A CANCELAR: Primer pago contrato 20240205

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

No. Contrato. 20240205 **No. CDP.** 230365 **No. RP.** 240709

No. CUENTA PARA CONSIGNAR: Cuenta de ahorro No. 55436600223 de Bancolombia

Soledad, 25 de abril de 2024.

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA
Rad: 17889 **Fecha:** 26/04/2024 **Hora:** 10:45:49
Asunto: CUENTA DE COBRO 20240205 PRIMER PAGO
Anexos: 9 FOLIOS
Remite: CINDY PAOLA ACOSTA PEREZ
Destino: RODOLFO JOSE GONZALEZ PULIDO

Cindy Paola Acosta Pérez
C.C.: 1.140.864.065 de Barranquilla
Celular: 3042133953
Correo: cpacosta@unibarranquilla.edu.co

Documentos Soportes Anexar: 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:	20240205
Tipo de contrato:	Prestación de Servicios Profesionales
Nombre de Contratista:	Cindy Paola Acosta Pérez
Objeto del contrato: Prestación de Servicios Profesionales en la Institución Universitaria de Barranquilla IUB	

Valor del contrato:	**ONCE MILLONES OCHOCIENTOS TRES MIL CIENTOS VEINTICINCO PESOS MONEDA LEGAL ($11.803.125)**			**RP Número:**	**240709**
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: TRES MILLONES NOVECIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS MONEDA LEGAL ($3.934.375)

Periodo al que corresponde el pago:	**Primer pago contrato 20240205**

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%**	$325.100	Abril
Pensión	**16%**	$416.100	Abril
ARL		$13.600	Abril

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

CONTRATO		**20240205**		
PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES	**BASE GRAVABLE**	**N° Recibo Pago**	**Valor Pagado**	**Fecha de Pago**
Estampilla ITSA	**$11.803.125**	**20240024231**	**$35.000**	**22/04/2024**
Estampilla Pro – Dotación (Tercera Edad)	**$11.803.125**	**20240024230**	**$295.000**	**22/04//2024**
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:	Cindy Paola Acosta Pérez		
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
Coordinar y apoyar la recopilación, organización, depuración y análisis permanente de la información estadística con el fin de soportar la toma de decisiones y producción de reportes, informes de gestión ‘estadístico a entidades externas y procesos internos de la Institución	Se coordinó y apoyó en la recopilación, organización, depuración y análisis permanente de la información estadística con el fin de soportar la toma de decisiones y producción de reportes, informes de gestión y ‘estadístico a entidades externas y procesos internos de la Institución. Se obtuvieron los siguientes entregables: • Cuadros maestros con información de inscritos, admitidos, primer curso, matriculados y graduados para aseguramiento de la calidad • Base de datos de estudiantes primíparos enviados a la Secretaría de Educación de Barranquilla • Información estadística para proyecto del Plan Integral de Cobertura PIC 2024-1 • Seguimiento a los proyectos del PIC 2023-2
Apoyar en la formulación de los planes de mejoramiento correspondientes al Proceso de Planeación, así como de los informes resultado de los procesos de autoevaluación interna y con fines de acreditación, reportando periódicamente su ejecución.	Se apoyo en la formulación y seguimiento de los planes de mejoramiento correspondientes al proceso de Planeación. • Planes de mejoramiento cargados en el Sistemas Triple A
Apoyar en la elaboración de documentos técnicos a partir del análisis y procesamiento de información para la toma de decisiones instituciones	Se coordina y apoya en la elaboración de los documentos técnicos, como la formulación y seguimiento de proyectos: • Seguimiento del proyecto del Plan Integral de Cobertura 2023-2 presentado al Ministerio de Educación Nacional - MEN

Realización de análisis y diagnósticos del comportamiento de variables y tendencias del entorno económico, político y social que contribuya a la toma de decisiones de la Institución y el cumplimiento de objetivos estratégicos	Se realizó de análisis y diagnósticos del comportamiento de variables y tendencias del entorno económico, político y social que contribuya a la toma de decisiones de la Institución y el cumplimiento de objetivos estratégicos
Realizar los estudios y análisis pertinente para la contratación del proceso de Planeación.	Se realizaron los estudios y análisis pertinentes para la contratación del proceso de Planeación: • Personal de Planeación contratado • Personal de apoyo en la radicación de proyecto de la nueva sede en Soledad contratado • Contrato sede posgrados
Apoyar en la consolidación de información, generación de datos estadísticos y elaboración de informes que den cuenta de la implementación e impacto de los proyectos ejecutados.	Análisis de los datos estadísticos para la publicación de informes estadísticos como Boletín estadísticos e Informe de Gestión.

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	**24**	**De**	**Mayo**	**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

Cindy Paola Acosta Pérez
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 1140864065		ACOSTA PEREZ CINDY PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 72A #90-24 Piso 3	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3001046	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-04	2024-04	579203516	9465689208	I	2024/05/17	2024/04/16	BANCOLOMBIA		$754,800

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
1	CC	1140864065	ACOSTA PEREZ CINDY PAOLA	230301	30	$2,600,200	$416,100	EPS005	30	$2,600,200	$325,100		0	$0	$0	14-23	30	$2,600,200	$13,600	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$2,600,200**	**$416,100**			**$2,600,200**	**$325,100**			**$0**	**$0**			**$2,600,200**	**$13,600**		**$0**	**$0**

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$416,100	$0	$416,100
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$416,100	$0	$416,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$13,600	$0	$13,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$13,600	$0	$13,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$325,100	$0	$325,100
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$325,100	$0	$325,100
TOTAL				**1**	**$754,800**	**$0**	**$754,800**



Lunes, 22 de Abril de 2024

Regresar Menú Rentas | Nueva Búsqueda

Datos Básicos del Recibo de Pago

No. Documento:	**20240024230**
Fecha Emisión:	19/04/2024
Identificación:	1140864065
Declarante:	CINDY PAOLA ACOSTA PEREZ
Vigencia:	2024
Periodo Liquidación:	1
Impuesto:	ESTAMPILLA ADULTO MAYOR
Acto:	ESTAMPILLA ADULTO MAYOR
Base Gravable:	$ 11.803.125
Fecha Pago:	22/04/2024
Monto Pagado:	$ 295.000
Banco Recaudador:	BANCO DAVIVIENDA
No. de Soporte:	20240205
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:	**20240024231**
Fecha Emisión:	19/04/2024
Identificación:	1140864065
Declarante:	CINDY PAOLA ACOSTA PEREZ
Vigencia:	2024
Periodo Liquidación:	1
Impuesto:	ESTAMPILLA ITSA
Acto:	ESTAMPILLA ITSA
Base Gravable:	$ 11.803.125
Fecha Pago:	22/04/2024
Monto Pagado:	$ 35.000
Banco Recaudador:	BANCO DE OCCIDENTE
No. de Soporte:	20240205
Asociada Entidad:	INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB
Estado:	**VALIDACION CORRECTA DEL IMPUESTO**

Certificación Bancaria

Miércoles, 20 de marzo de 2024

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que CINDY PAOLA ACOSTA PEREZ identificado(a) con CC 1140864065, 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	55436600223	2015-01-20	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 [x] NO [ ]

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



Cindy Paola Acosta Pérez
C.C.: 1.140.864.065 de Barranquilla