INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA

Rad: 18827 **Fecha:** 29/07/2024 **Hora:** 14:28:36

Asunto: CUENTA DE COBRO 20240432 PRIMER PAGO

Anexos: 10 FOLIOS

Remite: MARIA ALEXANDRA MAURY GOMEZ

Destino: RODOLFO JOSE GONZALEZ PULIDO

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA IUB

Nit. 802.011.065-5

DEBE A

MARIA ALEXANDRA MAURY GOMEZ

VALOR DEL PAGO MENSUAL: $4.934.375

PERIODO A CANCELAR: Primer Pago del contrato 20240432

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PROVENIENTES DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO CD-05-2024-3017 PARA FORTALECER LA EDUCACIÓN MEDIA, A TRAVÉS DEL MEJORAMIENTO DE LAS COMPETENCIAS BÁSICAS A LOS JÓVENES DE GRADO 10 Y 11, PERTENECIENTES A LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS OFICIALES DEL DISTRITO, Y EL DESARROLLO DE UN COMPONENTE ESPECÍFICO DE UN PROGRAMA TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIA PARAFACILITAR EL TRÁNSITO A LA EDUCACIÓN SUPERIOR, EN EL MARCO DEL PROYECTO FORTALECIMIENTO Y CONTINUIDAD DE LA DOBLE TITULACIÓN.

Contrato 20240432 No. CDP240529 No. RP241380

No. CUENTA PARA CONSIGNAR: cuenta de Ahorros número 029700008955 de Davivienda.

Barranquilla, julio 29 del 2024.

Maria Maury

Maria Alexandra Maury Gomez
C.C. 1.042.428.240 de Soledad
cel: 3168940940
correo: mmaury@unibarranquilla.edu.co

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA VIGILADA MINEDUCACION	INFORME DE SEGUIMIENTO DE INTERVENTORÍA O SUPERVISIÓN DE PROVEEDOR O CONTRATISTA	FR-JUR-02-V13 Vigencia: 15/12/2022 Pág. 1 de 4

Fecha:	**29**	**de**	**julio**	**de**	**2024**

Acta de recibo Inicial _x___Parcial_____Final ___

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO	
Contrato número:	20240432
Tipo de contrato:	Prestación de servicio Profesional
Nombre de Contratista:	MARIA ALEXANDRA MAURY GOMEZ
Objeto del contrato: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PROVENIENTES DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO CD-05-2024-3017 PARA FORTALECER LA EDUCACIÓN MEDIA, A TRAVÉS DEL MEJORAMIENTO DE LAS COMPETENCIAS BÁSICAS A LOS JÓVENES DE GRADO 10 Y 11, PERTENECIENTES A LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS OFICIALES DEL DISTRITO, Y EL DESARROLLO DE UN COMPONENTE ESPECÍFICO DE UN PROGRAMA TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIA PARAFACILITAR EL TRÁNSITO A LA EDUCACIÓN SUPERIOR, EN EL MARCO DEL PROYECTO FORTALECIMIENTO Y CONTINUIDAD DE LA DOBLE TITULACIÓN.	

Valor del contrato:	**$7.401.564**			**RP Número:**	**241380**
Rubro:	2.3.2.02.02.008 - **SERVICIOS PRESTADOS A LAS EMPRESAS Y SERVICIOS DE PRODUCCIÓN**	**Fuente de Financiación:**	**Recursos propios**	**Centro de Costo:**	**FOMENTO**
Plazo del contrato:	**Fecha de inicio:**	**16/07/2024**		**Fecha de finalización:**	**15/08/2024**
Suspensión de contrato: (Si aplica)	**Fecha de suspensión:**	**N.A**		**Fecha de reinicio:**	**N.A**

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

Valor del adicional contrato:	**$N.A**	**Valor Total Del Contrato**	**$N.A**	**RP Número:**	**N.A**
Rubro:	**N.A**	**Fuente de Financiación:**	**N.A**	**Centro de Costo:**	**N.A**
Plazo del contrato:	**Fecha de inicio:**	**N.A**		**Fecha de finalización:**	**N.A**
Suspensión de contrato: (Si aplica)	**Fecha de suspensión:**	**N.A**		**Fecha de reinicio:**	**N.A**
INFORMACIÓN DEL PAGO					
Valor a Pagar Parcial: $4.934.375					

Periodo al que corresponde el pago:	**primer Pago contrato 20240432**

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

ACREDITACION PAGOS APORTES (Persona Natural)	**BASE GRAVABLE 40% DEL VALOR DEL CONTRATO**		**APORTE CORRESPONDIENTE AL MES DE:**
Salud	**12.5%**	$246.800	Certificado junio
Pensión	**16%**	$315.900	Certificado junio
ARL		10.400	Certificado junio

CERTIFICACIÓN APORTES PARAFISCALES REVISOR FISCAL – REPRESENTANTE LEGAL (Persona Jurídica) Fecha (dd/mm/aaaa)	**No Aplica**

CONTRATO		**20240432**		
PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES	**BASE GRAVABLE**	**N° Recibo Pago**	**Valor Pagado**	**Fecha de Pago**
Estampilla ITSA	**$7.401.564**	**20240047648**	**$22.000**	**18 de Julio del 2024**
Estampilla Pro – Dotación (Tercera Edad)	**$7.401.564**	**20240047647**	**$186.000**	**18 de Julio del 2024**
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				
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	**N.A.**	**N.A.**	**N.A.**
Estampilla Pro-Hospital Universitario CARI	**N.A.**	**N.A.**	**N.A.**
Estampilla Pro-Electrificación Rural	**N.A.**	**N.A.**	**N.A.**
Estampilla Pro-Cultura	**N.A.**	**N.A.**	**N.A.**
Estampilla Pro-Desarrollo	**N.A.**	**N.A.**	**N.A.**
Estampilla Pro-Ciudadela Universitaria	**N.A.**	**N.A.**	**N.A.**
Estampilla Pro-Anciano	**N.A.**	**N.A.**	**N.A.**

ASISTENTES A LA REUNIÓN

Interventor(es) o Supervisor (es):	LORENZO DOMENICO ZANELLO RIVA		
Por parte del contratista:	MARIA ALEXANDRA MAURY GOMEZ		
Lugar donde se realiza la reunión	**Oficina de Dirección sede Plaza de la paz**		
Hora de inicio (a.m./p.m.)	8:00 AM	**Hora de finalización (a.m./p.m.)**	**9:00am**

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

Actividad /Compromiso	Justificación / Observación
1. Acompañar el proceso de proyectos especiales en la creación y formalización de alianzas estratégicas publico privadas, mediante la presentación de la oferta de servicios Institucionales, con el fin de generar proyectos y convenios asociados al fortalecimiento de la articulación de la educación media con la educación superior.	Cumple
2. Planificar, dirigir y controlar el inicio de actividades académicas y administrativas del proyecto asignado.	Cumple
3. Acompañar el proceso de planificación y asignación de recursos del proyecto, asegurando la optimización y manejo eficiente de los mismos, así como la articulación con las diferentes dependencias de la institución.	Cumple.
4. Proyectar asignación académica de personal que desarrolla la formación, para presentación y aprobación de supervisor de contrato, de acuerdo con las condiciones y necesidades del proyecto asignado.	Cumple
5. Elaborar informes e indicadores de gestión como instrumentos de control y seguimiento para la toma de decisiones eficientes y eficaces en el desarrollo del proyectos asignado.	Cumple
6. Apoyar en la revisión y el seguimiento de los diferentes trámites administrativos requeridos en los procesos de contrataciones o adquisiciones correspondientes al proyecto asignado.	Cumple
7. Acompañar a la dependencia de proyectos especiales en el seguimiento y control del personal de apoyo asignado al proyecto.	Cumple
8. Realizar seguimiento y control a la ejecución presupuestal del proyecto asignado.	Cumple
9. Generar proyección de propuesta para actualización, construcción y/o revisión de los programas técnicos laborales requeridos para el desarrollo del proyecto, de acuerdo con la normatividad vigente.	Cumple
10. Construir propuestas técnicas y financieras requeridas para la sostenibilidad y continuidad del proyecto asignado.	Cumple
11. Cumplir con los lineamientos establecidos por el Sistema de Gestión de la Calidad, Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el	Cumple.

Trabajo y el Sistema de Control Interno en IUB de acuerdo a los lineamientos Institucionales y la Normatividad Legal vigente.	
12. Actuar de tal manera que primen la eficiencia, la celeridad y la calidad en la ejecución..	Cumple
13. Asumir los gastos y riesgos que implica el desarrollo del contrato bajo su propia responsabilidad.	Cumple
14. Asistir a las reuniones que convoque el supervisor del contrato.	
15. Encontrarse al día en el pago de los aportes de seguridad social y/o parafiscales durante la ejecución del contrato.	Cumple, se anexa certificado PILAS de junio
16. Presentar cuenta de cobro.	Cumple.
17. Las demás actividades que el supervisor del contrato le asigne.	Cumple
18. Realizar la legalización del contrato dentro de los (5) días siguientes la suscripción del mismo.	Cumple, se cancelan los impuestos el 18/07/2024.
19. El contratista deberá tener y actualizar la información de su hoja de vida en la plataforma del sistema de información y gestión del empleo público – SIGEP.	Cumple
20. Realizarse los exámenes médicos ocupacionales que exige la Ley.	Cumple.

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: 5.0

COMPROMISOS ADQUIRIDOS EN LA INTERVENTORÍA O SUPERVISIÒN		
Compromiso	**Fecha de entrega**	**Responsable**
No aplica	**No aplica**	**No aplica**

Fecha de la próxima reunión	**15**	**De**	**agosto**	**de**	**2024**

Para constancia de lo anterior, firman la presente acta los que en ella intervinieron a los (29)				
Veintinueve	días del mes de	julio	de	2024

LORENZO D. ZANELLO RIVA
Supervisor o Interventor

MARIA ALEXANDRA MAURY GOMEZ
Contratista

aportes en línea

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 1042428240		MAURY GOMEZ MARIA ALEXANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 40 # 14 -39	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3231436	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-06	2024-06	738056361	9468980493	I	2024/07/10	2024/07/02	BANCO DAVIVIENDA	0	$573,100

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)						$1,974,000	$315,900			$1,974,000	$246,800			$0	$0			$1,974,000	$10,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,974,000	$315,900			$1,974,000	$246,800			$0	$0			$1,974,000	$10,400		$0	$0
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)						$1,974,000	$315,900			$1,974,000	$246,800			$0	$0			$1,974,000	$10,400		$0	$0
1	CC	1042428240	MAURY MARIA	231001	30	$1,974,000	$315,900	EPS010	30	$1,974,000	$246,800		0	$0	$0	14-7	30	$1,974,000	$10,400	0	$0	$0
Total Afiliados(1)						$1,974,000	$315,900			$1,974,000	$246,800			$0	$0			$1,974,000	$10,400		$0	$0

aportes en línea

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 1042428240		MAURY GOMEZ MARIA ALEXANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 40 # 14 -39	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3231436	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-06	2024-06	738056361	9468980493	I	2024/07/10	2024/07/02	BANCO DAVIVIENDA	0	$573,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$315,900	$0	$0	$315,900
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$315,900	$0	$0	$315,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$10,400	$0	$0	$10,400
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$10,400	$0	$0	$10,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$246,800	$0	$0	$246,800
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$246,800	$0	$0	$246,800
TOTAL				1	$573,100	$0	$0	$573,100



Viernes, 19 de Julio de 2024

Regresar Menú Rentas | Nueva Búsqueda

Datos Básicos del Recibo de Pago

No. Documento:	**20240047647**
Fecha Emisión:	16/07/2024
Identificación:	1042428240
Declarante:	MARIA ALEXANDRA MAURY GOMEZ
Vigencia:	2024
Periodo Liquidación:	1
Impuesto:	ESTAMPILLA ADULTO MAYOR
Acto:	ESTAMPILLA ADULTO MAYOR
Base Gravable:	$ 7.401.564
Fecha Pago:	18/07/2024
Monto Pagado:	$ 186.000
Banco Recaudador:	BANCO DAVIVIENDA
No. de Soporte:	20240432
Asociada Entidad:	INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB
Estado:	**VALIDACION CORRECTA DEL IMPUESTO**



Viernes, 19 de Julio de 2024

Regresar Menú Rentas | Nueva Búsqueda

Datos Básicos del Recibo de Pago

No. Documento:	**20240047648**
Fecha Emisión:	16/07/2024
Identificación:	1042428240
Declarante:	MARIA ALEXANDRA MAURY GOMEZ
Vigencia:	2024
Periodo Liquidación:	1
Impuesto:	ESTAMPILLA ITSA
Acto:	ESTAMPILLA ITSA
Base Gravable:	$ 7.401.564
Fecha Pago:	18/07/2024
Monto Pagado:	$ 22.000
Banco Recaudador:	BANCO DE OCCIDENTE
No. de Soporte:	20240432
Asociada Entidad:	INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB
Estado:	**VALIDACION CORRECTA DEL IMPUESTO**

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BARRANQUILLA, **19/07/2024**
ATLANTICO,
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora MARIA ALEXANDRA MAURY GOMEZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **1042428240**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**029700008955**
Fecha de apertura	**15/02/2011**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMATO DECLARACION JURAMENTADA CONTRATISTA

Barranquilla, 16 de julio del 2024

Señores:

INSTITUCION UNIVERSITARIA IUB

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 [x] NO [ ]

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



MARIA MAURY GOMEZ
Cc 1042428240