INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA

Rad: 18872 **Fecha:** 30/07/2024 **Hora:** 11:21:00

Asunto: CUENTA DE COBRO 20240553 PRIMER PAGO

Anexos: 14 FOLIOS

Remite: JUANA MARIA FUENTES ACOSTA

Destino: RODOLFO JOSE GONZALEZ PULIDO

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB

Nit. 802.011.065-5

DEBE A

JUANA MARÍA FUENTES ACOSTA

VALOR DEL PAGO: Seis millones cuatrocientos noventa y tres mil cuatrocientos cincuenta y un pesos moneda legal vigente ($6.493.451)

PERIODO A CANCELAR: Primer pago contrato 20240553

OBJETO DEL CONTRATO: Prestación de servicios profesionales en la Institución Universitaria de Barranquilla – IUB.

No. Contrato. 20240553

No. CDP. 240552 **No. RP.** 241365

No. CUENTA PARA CONSIGNAR: Cuenta de Ahorros número 48126360099 del Banco Bancolombia.

LUGAR DE EJECUCION DEL CONTRATO: Campus Soledad

Soledad, 29 de julio del 2024.



Juana María Fuentes Acosta
C.C: 1.143.153.290 de Barranquilla - Atlántico
Celular: 300 5444258
e-mail: profesionalvaf@unibarranquilla.edu.co

Documentos Soportes Anexar: informe de Evaluación Supervisor, Pago Seguridad Social, comprobante pago de estampillas contrato.

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA VIGILADA MINEDUCACIÓN	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:	20240553
Tipo de contrato:	Prestación de servicios
Nombre de Contratista:	Juana María Fuentes Acosta
Objeto del contrato:	Prestación de servicios profesionales en la Institución Universitaria de Barranquilla - IUB

Valor del contrato:	$25.973.804 m/l			**RP Número:**	241365
Rubro:	2.1.2.02.02.008 - SERVICIOS PRESTADOS A LAS EMPRESAS Y SERVICIOS DE PRODUCCIÓN	**Fuente de Financiación:**	RECURSOS DE LA NACIÓN	**Centro de Costo:**	VICERRECTORÍA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
Plazo del contrato:	**Fecha de inicio:**	12 de julio de 2024		**Fecha de finalización:**	31 de octubre de 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:	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: Seis millones cuatrocientos noventa y tres mil cuatrocientos cincuenta y un pesos moneda legal vigente ($6.493.451)	
Periodo al que corresponde el pago:	Primer pago contrato 20240553

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%**	$324,700	junio 2024
Pensión	**16%**	$415,600	junio 2024
ARL		$13,600	junio 2024

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

CONTRATO		20240553		
PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES	**BASE GRAVABLE**	**N° Recibo Pago**	**Valor Pagado**	**Fecha de Pago**
Estampilla ITSA	$25.973.804	20240049813	$78.000	29/07/2024
Estampilla Pro – Dotación (Tercera Edad)	$25.973.804	20240049812	$651.000	29/07/2024
Estampilla Pro-Cultura	$25.973.804	20240049814	$130.000	29/07/2024
Bono al Deporte	N/A	N/A	N/A	NA

ADICIONAL DEL CONTRATO				
PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES	**BASE GRAVABLE**	**N° Recibo Pago**	**Valor Pagado**	**Fecha de Pago**
Estampilla ITSA	N/A	N/A	N/A	N/A
Estampilla Pro – Dotación (Tercera Edad)	N/A	N/A	N/A	N/A
Estampilla Pro-Cultura	N/A	N/A	N/A	N/A
Bono al Deporte	N/A	N/A	N/A	N/A

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):	Ana María Pizarro De La Hoz		
Por parte del contratista:	Juana María Fuentes Acosta		
Lugar donde se realiza la reunión	Oficina Vicerrectoría Administrativa y Financiera		
Hora de inicio (a.m./p.m.)	03:00 pm	**Hora de finalización (a.m./p.m.)**	03:30 pm

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

Actividad /Compromiso	Justificación / Observación
1. Proporcionar apoyo en la realización de estudios y evaluaciones con el fin de mejorar los métodos y la calidad de los servicios ofrecidos por la Vicerrectoría Administrativa y Financiera.	Se apoya en la ejecución y gestión de estudios y evaluaciones con el fin de mejorar los métodos y calidad de los servicios ofrecidos por la Vicerrectoría Administrativa y Financiera.
2. Contribuir en la preparación y compilación de informes periódicos, mensuales y anuales relacionados con la gestión y administración del área designada, además de realizar presentaciones y análisis estadístico.	Se contribuye en la preparación y compilación de informes, mensuales y anuales correspondientes a los procesos de la Vicerrectoría tales como Gestión Administrativa y Gestión Humana.
3. Ejecutar seguimiento y control de los programas y proyectos de la Vicerrectoría Administrativa y Financiera para asegurar el cumplimiento de las metas establecidas.	Se realiza seguimiento y control de los programas y proyectos de la Vicerrectoría que aseguren el cumplimiento a las metas establecidas.
4. Ayudar en las tareas relacionadas con los Procesos de Gestión Administrativa y de Gestión Humana de la dependencia.	Se apoya en las asignaciones correspondiente a los procesos adscritos a la Vicerrectoría Administrativa y Financiera tales como: Sistemas Integrados de Gestión, Aseguramiento de la Calidad Académica, Auditorías, entre otros.
5. Participar en la implementación y mantenimiento del sistema de gestión de calidad en los procesos de la dependencia.	Se participa activamente en la implementación y mantenimiento del Sistema de Gestión de Calidad en los procesos adscritos a la Vicerrectoría.
6. Dar cumplimiento a las directrices establecidas por el Sistema de Gestión de la Calidad, el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y el Sistema de Control Interno en la Institución Universitaria de Barranquilla, de acuerdo con las políticas institucionales y la legislación en vigor.	Se da cumplimiento a cada una de las directrices establecidas por el Sistema de Gestión de la Calidad, Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y Sistema de Control Interno. Así mismo, se realiza seguimiento a estos lineamientos para asegurar el cumplimiento en los diferentes procesos adscritos a la Vicerrectoría.
7. Asistir a las reuniones que convoque al supervisor del contrato.	Se asiste a las reuniones requeridas por el Supervisor del contrato.

8. Actuar de tal manera que primen la eficiencia, la celeridad y la calidad en la ejecución.	Se actúa con eficiencia, celeridad y calidad en la ejecución de las actividades y/o compromisos.
9. Asumir los gastos y riesgos que implica el desarrollo del contrato bajo su propia responsabilidad.	Se asumen los gastos y riesgos que implica el desarrollo del vigente contrato.
10. Desarrollar el contrato en los términos y condiciones establecidas y formuladas en la propuesta.	Se desarrolla el contrato en los términos y condiciones establecidas y formuladas en la propuesta.
11. Encontrarse al día de pago de los aportes a seguridad social durante la ejecución del contrato.	Se entrega evidencia del pago de los aportes parafiscales.
12. Las demás obligaciones que por la ley y la naturaleza del contrato le correspondan.	Se da cumplimiento a las demás obligaciones.

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**
NA	**NA**	**NA**

Fecha de la próxima reunión	**26**	**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

Ana María Pizarro de la Hoz
INTERVENTOR o SUPERVISOR

Juana María Fuentes Acosta
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 1143153290		FUENTES ACOSTA JUANA MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KRA 23 #45-03	SOLEDAD-ATLANTICO	3005444258	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	773292090	9469514220	I	2024/07/22	2024/07/15	BANCOLOMBIA	0	$753,900

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)					$2,597,500	$415,600			$2,597,500	$324,700			$0	$0			$2,597,500	$13,600		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,597,500	$415,600			$2,597,500	$324,700			$0	$0			$2,597,500	$13,600		$0	$0
Ciudad: SOLEDAD Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)					$2,597,500	$415,600			$2,597,500	$324,700			$0	$0			$2,597,500	$13,600		$0	$0
1	CC	1143153290	FUENTES JUANA	230201	30	$2,597,500	$415,600	EPS010	30	$2,597,500	$324,700		0	$0	$0	14-7	30	$2,597,500	$13,600	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$2,597,500	$415,600			$2,597,500	$324,700			$0	$0			$2,597,500	$13,600		$0	$0

2024/07/12 11:43 PM

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 1143153290		FUENTES ACOSTA JUANA MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KRA 23 #45-03	SOLEDAD-ATLANTICO	3005444258	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	773292090	9469514220	I	2024/07/22	2024/07/15	BANCOLOMBIA	0	$753,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$415,600	$0	$0	$415,600
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$415,600	$0	$0	$415,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$13,600	$0	$0	$13,600
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$13,600	$0	$0	$13,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$324,700	$0	$0	$324,700
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$324,700	$0	$0	$324,700
TOTAL				1	$753,900	$0	$0	$753,900



Lunes, 29 de Julio de 2024

Regresar Menú Rentas | Nueva Búsqueda

Datos Básicos del Recibo de Pago

No. Documento:	**20240049813**
Fecha Emisión:	23/07/2024
Identificación:	1143153290
Declarante:	JUANA MARIA FUENTES ACOSTA
Vigencia:	2024
Periodo Liquidación:	1
Impuesto:	ESTAMPILLA ITSA
Acto:	ESTAMPILLA ITSA
Base Gravable:	$ 25.973.804
Fecha Pago:	29/07/2024
Monto Pagado:	$ 78.000
Banco Recaudador:	BANCO DE OCCIDENTE
No. de Soporte:	20240553
Asociada Entidad:	INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB
Estado:	**VALIDACION CORRECTA DEL IMPUESTO**



Lunes, 29 de Julio de 2024

Regresar Menú Rentas | Nueva Búsqueda

Datos Básicos del Recibo de Pago

No. Documento:	**20240049812**
Fecha Emisión:	23/07/2024
Identificación:	1143153290
Declarante:	JUANA MARIA FUENTES ACOSTA
Vigencia:	2024
Periodo Liquidación:	1
Impuesto:	ESTAMPILLA ADULTO MAYOR
Acto:	ESTAMPILLA ADULTO MAYOR
Base Gravable:	$ 25.973.804
Fecha Pago:	29/07/2024
Monto Pagado:	$ 651.000
Banco Recaudador:	BANCO DAVIVIENDA
No. de Soporte:	20240553
Asociada Entidad:	INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB
Estado:	**VALIDACION CORRECTA DEL IMPUESTO**



Lunes, 29 de Julio de 2024

Regresar Menú Rentas | Nueva Búsqueda

Datos Básicos del Recibo de Pago

No. Documento:	**20240049814**
Fecha Emisión:	23/07/2024
Identificación:	1143153290
Declarante:	JUANA MARIA FUENTES ACOSTA
Vigencia:	2024
Periodo Liquidación:	1
Impuesto:	ESTAMPILLA PROCULTURA OTROS
Acto:	ESTAMPILLA PROCULTURA OTROS
Base Gravable:	$ 25.973.804
Fecha Pago:	29/07/2024
Monto Pagado:	$ 130.000
Banco Recaudador:	BANCO DAVIVIENDA
No. de Soporte:	20240553
Asociada Entidad:	INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB
Estado:	**VALIDACION CORRECTA DEL IMPUESTO**

EPS

sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **JUANA MARIA FUENTES ACOSTA** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1143153290** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1143153290
NOMBRES Y APELLIDOS	JUANA MARIA FUENTES ACOSTA
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	24/01/2022
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	362
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	51

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **02/07/2024**

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **FUENTES ACOSTA JUANA MARIA** identificado(a) con **CC** número **1.143.153.290** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 11 de julio de 2014 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 02 de julio de 2024.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2024070222094

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 2540576402304, 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	1143153290	JUANA MARIA FUENTES ACOSTA	INDEPENDIENTES RIESGO I	1	0.522%	17/07/2024	31/10/2024	IND CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS MAYOR A 1MES	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 30 de Julio del año 2024.

Firma Representante Legal

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Bancario

Jueves, 3 de febrero de 2022

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que JUANA MARIA FUENTES ACOSTA identificado(a) con CC 1143153290, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	48126360099	2014/06/16	ACTIVA

***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 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.

Bancolombia

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

FORMATO DECLARACION JURAMENTADA CONTRATISTA

Soledad, 12 de julio del 2024

Señores:

INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - 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 [ ] 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.



Juana María Fuentes Acosta
C.C. 1.143.153.290 Barranquilla - Atlántico