INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA

Rad: 18812 **Fecha:** 29/07/2024 **Hora:** 09:57:15

Asunto: CUENTA DE COBRO 20240491 PRIMER PAGO

Anexos: 10 FOLIOS

Remite: ESTEBAN DE JESUS SUAREZ BAYONA

Destino: RODOLFO JOSE GONZALEZ PULIDO

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA

Nit. 802.011.065-5

DEBE A

ESTEBAN DE JESUS SUAREZ BAYONA

VALORDELPAGO: Tresmillonesdoscientoscincuenta yseis milsetecientosochentaysiete pesos ($3,256,787).

PERIODO A CANCELAR: primer pago contrato 20240491

OBJETO DEL CONTRATO: Prestación de Servicios de Apoyo a la Gestión en la Institución Universitaria de Barranquilla.

No. Contrato: 20240491 **No. CDP 240545** **No. RP 241402**

No. CUENTA PARA CONSIGNAR: Cuenta de ahorro- 488437253120 del Banco Davivienda.

Correo electrónico: edejesussuarez@unibarranquilla.edu.co

Número de teléfono: 3013483757

Barranquilla, 29 de Julio de2024.

Esteban De jesus Suarez Bayona
C.C 1143159229 de Barranquilla.

Anexo: Informe de Evaluación Supervisor, Pago Seguridad Social, carta aplicación retefuente a título de impuesto de renta

Fecha:	29	de	Julio	de	2024

Acta de recibo Inicial_X_ Parcial__ Final____

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO	
Contrato número:	20240491
Tipo de contrato:	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIO DE APOYOA LA GESTIÓN
Nombre de Contratista:	ESTEBAN DE JESUS SUAREZ BAYONA
Objeto del contrato: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA .	

Valor del contrato:	$ 13.027.148			**RP Número:**	241402
Rubro:	2.1.2.02.02.008 - Servicios prestados alas empresas y servicios de producción	**Fuente de Financiación:**	RECURSOS DE LA NACION	**Centro de Costo:**	VICERRECTORÍA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
Plazo del contrato:	**Fecha de inicio:**	**18 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 DELCONTRATO	
Adicional al contrato número:	
Tipo de contrato:	
Nombre de Contratista:	

Valor del adicional contrato:	N/A	**ValorTotal 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	
ValoraPagarParcial: Tres millones doscientos cincuenta y seis mil setecientos ochenta y siete pesos M/L ($3,256,787)	
Periodo al que corresponde el pago:	primer pago contrato 20240491

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 yprestaciones	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%	162.500	JUNIO
Pensión	16%	208.000	JUNIO
ARL		6.800	JUNIO

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

CONTRATO		**20240491**		
PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES	**BASE GRAVABLE**	**N° Recibo Pago**	**Valor Pagado**	**Fecha de Pago**
Estampilla ITSA	**$ 13.027.148**	**20240049658**	**$39.000**	**23-07- 2024**
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

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
EstampillaPro-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):	MARIO JAVIER BRUME GONZALEZ		
Por parte del contratista:	ESTEBAN DE JESUS SUAREZ BAYONA		
Lugar donde se realiza la reunión	Facultad de ciencias económicas y administrativas		
Hora de inicio (a.m./p.m.)	8:00 a.m.	**Hora de finalización (a.m./p.m.)**	8:30 a.m

VERIFICACIÓNDEL CUMPLIMIENTO DE LOS COMPROMISOSY/O ACTIVIDADES CONTEMPLADAS EN EL CONTRATO

Actividad /Compromiso	Justificación / Observación
1. Actuar de tal manera que primen la eficiencia, la celeridad y la calidad en la ejecución. Se cumplió con el objeto del contrato.	Se cumplió con el objeto del contrato.
2. Asumir los gastos y riesgos que implica el desarrollo del contrato bajo su propia responsabilidad. Se asume los riegos y gastos que implican en el desarrollo del contrato.	Se asume los riegos y gastos que implican en el desarrollo del contrato.
3. Desarrollar el contrato en los términos y condiciones establecidas y formuladas en la propuesta.	Se desarrolla el contrato en los términos y condiciones establecidas
4. Constituir las pólizas pactadas en el contrato dentro de los 5 días hábiles siguientes a la entrega del contrato.	Se cumplió con el objeto del contrato.
5. Cumplir con el objeto del contrato, desarrollando todas las actividades que hacen parte del mismo, según las especificaciones dadas por la Institución.	Se cumplió con el objeto del contrato.
6. Encontrarse al día en el pago de los aportes parafiscales durante la ejecución del contrato.	Se asume los gastos económicos directamente relacionados con el desarrollo de la actividad del contrato.
7. Las demás obligaciones que por la ley y la naturaleza del Contrato le correspondan.	Se cumplió con el objeto del contrato.
8. Apoyar en la atención de los procesos y servicios académicos a los estudiantes en los niveles Técnico Profesional, Tecnológico y Profesional Universitario en la información y trámites solicitados por los mismos, de la Facultad en la cual desarrollas las actividades.	se apoyó los procesos de transferencias internas, solicitud de validaciones, homologaciones, créditos únicos y adicionales,así mismo, respuesta de solicitudes vía correo electrónico, WhatsApp y llamadas.
9. Apoyar en la programación y ejecución de los programas de la Facultad proactiva y satisfactoriamente correspondiente a las matrículas académicas de los estudiantes de la Institución.	se apoyó los procesos de matrículas a los estudiantes de primer ingreso de todos los programas pertenecientes a lafacultad de ingenierías.
10. Presentar informe mensual dirigido al supervisor del contrato, en	Se Presentó informe mensual dirigido al supervisor del

donde se consignen las diferentes actividades realizadas en la ejecución del objeto contractual, y en caso de ser requerido, informe de las actividades propias de la Facultad a la cual se encuentra asignado.	contrato, en donde se consignen las diferentes actividades realizadas en la ejecución del objeto contractual, y en caso de ser requerido, informe de las actividades propias de la Facultada la cual se encuentra asignado
11. Cumplir con las demás actividades que se deriven del objeto contractual. Se cumplió con las demás actividades que se deriven del objeto contractual.	Secumplió con las demás actividades que se deriven del objeto contractual.
12. Cumplir de buena fecon el objeto del contrato. Se cumplió con el objeto del contrato.	Se cumplió con el objeto del contrato.
13. Presentar la cuenta de cobro.	Se presentó la cuenta de cobro

EVALUACIÓN AL PROVEEDORO CONTRATISTA

Califique de 1 a 5 según el grado de satisfacción. Donde 1 es el mínimo y 5 el máximo:

OPCIONES AEVALUAR	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**

Fecha de la próxima reunión	29	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

MARIO JAVIER BRUME GONZALEZ
Supervisor o Interventor

ESTEBAN SUAREZ BAYONA
Contratista

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA eICBF
CC 1143159229		SUAREZ BAYONA ESTEBAN DE JESUS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 7 h 49 86	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3001660	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	782820948	9468963847	I	2024/07/09	2024/07/17	NEQUI	8	$379,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						**$1,300,000**	**$208,000**			**$1,300,000**	**$162,500**			**$0**	**$0**			**$1,300,000**		**$6,800**		**$0**	**$0**		**$377,300**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						**$1,300,000**	**$208,000**			**$1,300,000**	**$162,500**			**$0**	**$0**			**$1,300,000**		**$6,800**		**$0**	**$0**		**$377,300**
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)																						**$1,300,000**	**$208,000**			**$1,300,000**	**$162,500**			**$0**	**$0**			**$1,300,000**		**$6,800**		**$0**	**$0**		**$377,300**
1	CC	1143159229	SUAREZ ESTEBAN																	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS010	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-7	30	$1,300,000	0.522 %	$6,800	0	$0	$0	No	$377,300
Total	**Afiliados(1)**																					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$6,800		$0	$0		$377,300

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA eICBF
CC 1143159229		SUAREZ BAYONA ESTEBAN DE JESUS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 7 h 49 86	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3001660	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	782820948	9468963847	I	2024/07/09	2024/07/17	NEQUI	8	$379,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$1,300	$0	$209,300
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$208,000	$1,300	$0	$209,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,800	$100	$0	$6,900
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$6,800	$100	$0	$6,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$1,000	$0	$163,500
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$162,500	$1,000	$0	$163,500
TOTAL				**1**	**$377,300**	**$2,400**	**$0**	**$379,700**

Datos Básicos del Recibo de Pago

No. Documento:	**20240049658**
Fecha Emisión:	23/07/2024
Identificación:	1143159229
Declarante:	ESTEBAN DE JESUS SUAREZ BAYONA
Vigencia:	2024
Periodo Liquidación:	1
Impuesto:	ESTAMPILLA ITSA
Acto:	ESTAMPILLA ITSA
Base Gravable:	$ 13.027.148
Fecha Pago:	23/07/2024
Monto Pagado:	$ 39.000
Banco Recaudador:	BANCO DE OCCIDENTE
No. de Soporte:	20240491, CONTRATO SECOP: 20240491
Asociada Entidad:	INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB
Estado:	**VALIDACION CORRECTA DEL IMPUESTO**

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BARRANQUILLA, **25/06/2024**
ATLANTICO,
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor ESTEBAN DE JESUS SUAREZ BAYONA** con **Cédula de Ciudadanía** número **1143159229**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**488437253120**
Fecha de apertura	**10/02/2023**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

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 **ESTEBAN DE JESUS SUAREZ BAYONA** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1143159229** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1143159229
NOMBRES Y APELLIDOS	ESTEBAN DE JESUS SUAREZ BAYONA
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	01/03/2023
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	50
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	37

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **25/06/2024**

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

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

ESTEBAN DE JESUS SUAREZ BAYONA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.143.159.229**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 25 de Junio del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

FORMATO DECLARACION JURAMENTADA CONTRATISTA

Barranquilla, 18 de julio de 2024

Señores:
INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA IUB
Soledad.

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 [■] 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 [■]

3). Soy declarante del impuesto sobre la renta y complementarios:

SI [ ] 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 [■]

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 [■]

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 [■]

NOTA: Me comprometo a suministrar oportunamente cualquier cambio en la información aquí manifestada.

Esteban De Jesús Suarez Bayona
C.C. 1.143.159.229 de Barranquilla (Atlántico)