INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA

Nit. 802.011.065-5

DEBE A

KAREN MARGARITA ALCOCER CASTRO

VALOR DEL PAGO: $2.625.021

PERIODO A CANCELAR: primer pago contrato No 20240647

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIO DE APOYA A LA GESTIÓN EN LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB

No. Contrato: 20240647 **No. CDP.** 240588

No. RP. 241506

No. CUENTA PARA CONSIGNAR: 0261-0074-3488 Banco Davivienda

LUGAR DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: Soledad, 08 de agosto de 2024

-

Karen Margarita Alcocer Castro
55229634 de Barranquilla
Cel: 3506251149
Correo: kalcocer@itsa.edu.co

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

Fecha:	**08**	**de**	**Agosto**	**de**	**2024**

Acta de recibo Inicial _X_ Parcial __ Final _

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO	
Contrato número:	20240647
Tipo de contrato:	Prestación de Servicio de Apoyo a la Gestión
Nombre de Contratista:	Karen Margarita Alcocer Castro
Objeto del contrato: Prestación de Servicios Apoyo a la Gestión en la Institución Universitaria de Barranquilla – IUB	

Valor del contrato:	**$5.250.042**			**RP Número:**	**241506**
Rubro:	**2.1.2.02.02.009 - Servicios para la Comunidad Sociales y Personales**	**Fuente de Financiación:**	**Recursos Propios**	**Centro de Costo:**	**Rectoría**
Plazo del contrato:	**Fecha de inicio:**	**25 de julio de 2024**		**Fecha de finalización:**	**8 de septiembre de 2024**
Suspensión de contrato: (Si aplica)	**Fecha de suspensión:**	**NA**		**Fecha de reinicio:**	**NA**

INFORMACIÓN ADICIONAL DEL CONTRATO	
Adicional al contrato número:	**NA**
Tipo de contrato:	**NA**
Nombre de Contratista:	**NA**
Objeto del contrato:	

Valor del adicional contrato:	**NA**	**Valor Total Del Contrato**	**NA**	**RP Número:**	**NA**
Rubro:	**NA**	**Fuente de Financiación:**	**NA**	**Centro de Costo:**	**NA**
Plazo del contrato:	**Fecha de inicio:**	**NA**		**Fecha de finalización:**	**NA**
Suspensión de contrato: (Si aplica)	**Fecha de suspensión:**	**NA**		**Fecha de reinicio:**	**NA**

INFORMACIÓN DEL PAGO
Valor a Pagar Parcial: $2.625.021

Periodo al que corresponde el pago:	**Primer pago contrato 20240647**

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

ACREDITACION PAGOS APORTES (Persona Natural)	**BASE GRAVABLE 40% DEL VALOR DEL CONTRATO**		**APORTE CORRESPONDIENTE AL MES DE:**
Salud	**12.5%**	$162.500	Julio
Pensión	**16%**	$208.000	Julio
ARL	**0.522%**	$6.800	Julio

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

CONTRATO		**20240647**		
PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES	**BASE GRAVABLE**	**N° Recibo Pago**	**Valor Pagado**	**Fecha de Pago**
Estampilla ITSA	**$5250042**	**20240052336**	**$18.000**	**01/08/2024**
Estampilla Pro – Dotación (Tercera Edad)	**NA**	**NA**	**NA**	**NA**
Estampilla Pro Cultura	**NA**	**NA**	**NA**	**NA**
Bono al Deporte	**NA**	**NA**	**NA**	**NA**

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

PAGO DE ESTAMPILLAS DEPARTAMENTALES:	N° Recibo Pago	Valor Pagado	Fecha de Pago
Estampilla Pro-Hospitales de 1y 2 Niveles	**NA**	**NA**	**NA**
Estampilla Pro-Hospital Universitario CARI	**NA**	**NA**	**NA**
Estampilla Pro-Electrificación Rural	**NA**	**NA**	**NA**
Estampilla Pro-Cultura	**NA**	**NA**	**NA**
Estampilla Pro-Desarrollo	**NA**	**NA**	**NA**
Estampilla Pro-Ciudadela Universitaria	**NA**	**NA**	**NA**
Estampilla Pro-Anciano	**NA**	**NA**	**NA**

ASISTENTES A LA REUNIÓN

Interventor(es) o Supervisor (es):	Arcesio Julián Castro Agudelo -Rector		
Por parte del contratista:	Karen Margarita Alcocer Castro		
Lugar donde se realiza la reunión	Comunicaciones Estratégicas		
Hora de inicio (a.m./p.m.)	10:00 am	**Hora de finalización (a.m./p.m.)**	**12:00 m**

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

Actividad /Compromiso	Justificación / Observación
1. Cumplir con la normatividad exigida en el Manual de Estilo y todo lo que disponga el MinTIC y el sector de la radiodifusión sonora en Colombia. en el seguimiento al cumplimiento de los requerimientos legales que debe efectuar la emisora en los tiempos establecidos por el Ministerio TIC y el sector de la radiodifusión sonora en Colombia.	Se cumplió con la normatividad exigida en el Manual de Estilo y todo lo que disponga el MinTIC y el sector de la radiodifusión sonora en Colombia. en el seguimiento al cumplimiento de los requerimientos legales que debe efectuar la emisora en los tiempos establecidos por el Ministerio TIC y el sector de la radiodifusión sonora en Colombia.
2. Velar que se cumpla la programación establecida, los planes de mantenimiento y los compromisos con Sayco, Acinpro y MinTIC. C	Se cumplió con velar que se cumpla la programación establecida, los planes de mantenimiento y los compromisos con Sayco, Acinpro y MinTIC. C
3.Apoyar en la administración de la parte técnica, programación de la emisora, revisión permanentemente de su funcionamiento y mantenimiento de la emisora en internet.	Se cumplió con apoyar en la administración de la parte técnica, programación de la emisora, revisión permanentemente de su funcionamiento y mantenimiento de la emisora en internet.
4. Apoyar en la evaluación del contenido de nuevos proyectos radiales	Se cumplió con apoyar en la evaluación del contenido de nuevos proyectos radiales.
5. Generar espacios de interacción de la emisora con la Comunidad Institucional.	Se cumplió con generar espacios de interacción de la emisora con la Comunidad Institucional.
6. Apoyar en el seguimiento al cumplimiento de los requerimientos legales que debe efectuar la emisora en los tiempos establecidos por el Ministerio TIC.	Se cumplió con apoyar en el seguimiento al cumplimiento de los requerimientos legales que debe efectuar la emisora en los tiempos establecidos por el Ministerio TIC.
7.Apoyar la gestión de contenido para los programas, así como la creación de nuevos programas alineados con el carácter de la emisora.	Se cumplió con apoyar la gestión de contenido para los programas, así como la creación de nuevos programas alineados con el carácter de la emisora.
8.Realizar la presentación de los programas emitidos en la emisora, haciendo cumplimiento del horario establecido en la parrilla de	Se cumplió con. realizar la presentación de los programas emitidos en la emisora, haciendo cumplimiento del horario

programas.	establecido en la parrilla de programas
9.Fortalecer el relacionamiento de la emisora con el sector productivo y otros públicos de interés.	Se cumplió con fortalecer el relacionamiento de la emisora con el sector productivo y otros públicos de interés.
10.Apoyar en el seguimiento de los contratos que solicite el líder del proceso y que correspondan a la emisora Institucional106.6 FM.	S e cumplió con apoyar en el seguimiento de los contratos que solicite el líder del proceso y que correspondan a la emisora Institucional106.6 FM.
11.Asistir a las reuniones que convoque el supervisor del contrato	Se cumplió en asistir a las reuniones que convoque el supervisor del contrato
12.Encontrarse al día en el pago de los aportes a seguridad social durante la ejecución del contrato.	Se cumplió en encontrarse al día en el pago de los aportes a seguridad social durante la ejecución del contrato
13.Rendir informe mensual de las actividades encomendadas.	.Se cumplió con rendir informe mensual de las actividades encomendadas
14.Presentar la cuenta de cobro.	Se cumplió con presentar la cuenta de cobro.
15. Realizar la legalización del contrato dentro de los cinco (5) días siguientes a la suscripción del mismo	Se cumplió con realizar la legalización del contrato dentro de los cinco (5) días siguientes a la suscripción del mismo

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: _4.0___

COMPROMISOS ADQUIRIDOS EN LA INTERVENTORÍA O SUPERVISIÒN		
Compromiso	**Fecha de entrega**	**Responsable**

Fecha de la próxima reunión	**08**	**De**	**Septiembre**	**De**	**2024**

Para constancia de lo anterior, firman la presente acta los que en ella intervinieron a los (08)				
Ocho	Días del mes de	Agosto	de	2024

Arcesio Julián Castro Agudelo
Supervisor o Interventor

Karen Margarita Alcocer Castro
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 55229634		ALCOCER CASTRO KAREN MARGARITA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 40 # 28 - 78 COSTA HERMOSA	SOLEDAD-ATLANTICO	3742589	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-07	2024-07	817348293	9470346900	I	2024/08/09	2024/08/02	BANCO DAVIVIENDA	0	$377,300

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)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0
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
Ciudad: SOLEDAD Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0
1	CC	55229634 ALCOCER KAREN	25-14	30	$1,300,000	$208,000	EPS005	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-25	30	$1,300,000	$6,800	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$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 55229634		ALCOCER CASTRO KAREN MARGARITA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 40 # 28 - 78 COSTA HERMOSA	SOLEDAD-ATLANTICO	3742589	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-07	2024-07	817348293	9470346900	I	2024/08/09	2024/08/02	BANCO DAVIVIENDA	0	$377,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$0	$0	$208,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$208,000	$0	$0	$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,800	$0	$0	$6,800
COLMENA	14-25	800,226,175	3	1	$6,800	$0	$0	$6,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				1	$377,300	$0	$0	$377,300



Jueves, 1 de Agosto de 2024

Regresar Menú Rentas | Nueva Búsqueda

Datos Básicos del Recibo de Pago

No. Documento:	**20240052336**
Fecha Emisión:	01/08/2024
Identificación:	55229634
Declarante:	KAREN MARGARITA ALCOCER CASTRO
Vigencia:	2024
Periodo Liquidación:	1
Impuesto:	ESTAMPILLA ITSA
Acto:	ESTAMPILLA ITSA
Base Gravable:	$ 5.250.042
Fecha Pago:	01/08/2024
Monto Pagado:	$ 18.000
Banco Recaudador:	BANCO DE OCCIDENTE
No. de Soporte:	20240647, CONTRATO SECOP: 20240647
Asociada Entidad:	INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB
Estado:	**VALIDACION CORRECTA DEL IMPUESTO**

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BARRANQUILLA, **23/07/2024**
ATLANTICO,
COLOMBIA,
A quien interese

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora KAREN MARGARITA ALCOCER CASTRO** con **Cédula de Ciudadanía** número **55229634**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550026100743488**
Fecha de apertura	**22/03/2016**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMATO DECLARACION JURAMENTADA CONTRATISTA

Soledad, 25 de julio de 2024

Señores:
INSTITUCIÓN 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:

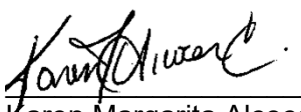
a). Que de acuerdo a lo establecido en el artículo 387 del E.T. modificado por la Ley 1819 de 2016, solicito deducción por Dependientes. SI ☐ NO ■

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.

FIRMA



Karen Margarita Alcocer Castro
55229634