INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB

Nit. 802.011.065-5

DEBE A

LUZ DALY GONZALEZ CRUZADO

VALOR DEL PAGO: Cuatro millones de pesos M/L ($4.000.000).

PERIODO A CANCELAR: Primer Pago Contrato 20240614

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

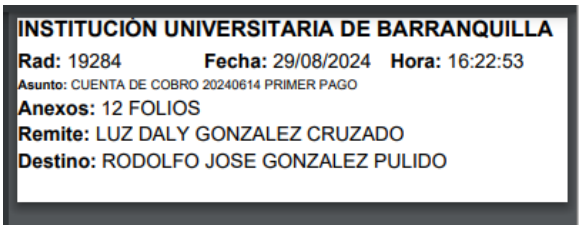
No. Contrato. 20240402

No. CDP. 240592 **No. RP.** 241439

No. CUENTA PARA CONSIGNAR: Cuenta de Ahorros número **48362964167** de BANCOLOMBIA**.**

LUGAR DE EJECUCION DEL CONTRATO: Institución Universitaria de Barranquilla, campus Soledad/Barranquilla.

Barranquilla, agosto 28 de 2024.





_____

LUZ DALY GONZALEZ CRUZADO
C.C: 22.589.233
Celular: 300 5344948
e-mail: luzdalygonza@gmail.com

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

Fecha:	**28**	**de**	**agosto**	**de**	**2024**

Acta de recibo Inicial x Parcial __ Final _

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO	
Contrato número:	20240614
Tipo de contrato:	Prestación de servicios
Nombre de Contratista:	LUZ DALY GONZALEZ CRUZADO
Objeto del contrato: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB	

Valor del contrato:	**$16.000.000**			**RP Número:**	**241439**
Rubro:	**2.1.2.02.02.008 – 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:**	**19/07/2024**		**Fecha de finalización:**	**30/10/2024**
Suspensión de contrato: (Si aplica)	**Fecha de suspensión:**			**Fecha de reinicio:**	

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: Cuatro Millones $4´000.000	
Periodo al que corresponde el pago:	**Primer Pago Contrato 20240614**

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

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

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

CONTRATO		20240614		
PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES	**BASE GRAVABLE**	**N° Recibo Pago**	**Valor Pagado**	**Fecha de Pago**
Estampilla ITSA	**$16.000.000**	**20240052819**	**$ 406,000**	**23/08/2024**
Estampilla Pro – Dotación (Tercera Edad)	**$ 16.000.000**	**20240052821**	**$ 81.000**	**23/08/2024**
Estampilla Pro Cultura	**$ 16.000.000**	**20240052820**	**$ 49.000**	**23/08/2024**
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):	LORENZO ZANELLO RIVA		
Por parte del contratista:	LUZ DALY GONZALEZ CRUZADO		
Lugar donde se realiza la reunión	**IUB**		
Hora de inicio (a.m./p.m.)	9: 00am	**Hora de finalización (a.m./p.m.)**	**10:00 am**

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

Actividad /Compromiso	**Justificación / Observación**
1.Realizar investigaciones jurídicas sobre temas relevantes para el proyecto, de acuerdo a solicitudes.	1. Realice investigaciones jurídicas sobre temas relevantes para el proyecto, de acuerdo con solicitudes.
2. Analizar leyes, reglamentos y normativas relacionadas con el desarrollo regional en la Región Caribe.	2.Analice leyes, reglamentos y normativas relacionadas con el desarrollo regional en la Región Caribe.
3. Identificar viabilidad jurídicas y legales de las iniciativas del proyecto y proporcionar recomendaciones para superarlos.	3.Identifique viabilidad jurídicas y legales de las iniciativas del proyecto y proporcionar recomendaciones para superarlos.

4. Brindar asesoría legal a los responsables del proyecto y a las entidades involucradas	4.Brinde asesoría legal a los responsables del proyecto y a las entidades involucradas.
5. Interpretar y aplicar la legislación vigente en el contexto del proyecto.	5.Interprete y aplique la legislación vigente en el contexto del proyecto.
6. Evaluar los riesgos legales y sugerir estrategias para mitigarlos.	6.Evalue los riesgos legales y sugerir estrategias para mitigarlos.
7. Preparar documentos, informes, contratos, convenios, acuerdos y otros documentos legales necesarios para el desarrollo del proyecto.	7.Prepare los documentos, informes, contratos, convenios, acuerdos y otros documentos legales necesarios
8. Participar en reuniones y mesas de trabajo para facilitar el diálogo entre las partes interesadas.	8.Participe en reuniones y mesas de trabajo y facilite el diálogo entre las partes intervinientes.

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**

Fecha de la próxima reunión	**30**	**De**	**julio**	**de**	**2024**

Para constancia de lo anterior, firman la presente acta los que en ella intervinieron a los 28				
28	días del mes de	Agosto	de	2024

LORENZO DOMÉNICO ZANELLO
Supervisor

LUZ DALY GONZALEZ CRUZADO
Contratista



MiÃ©rcoles, 28 de Agosto de 2024

Regresar Menú Rentas | Nueva Búsqueda

Datos Básicos del Recibo de Pago

No. Documento:	**20240052819**
Fecha Emisión:	05/08/2024
Identificación:	22589233
Declarante:	LUZ DALY GONZALEZ CRUZADO
Vigencia:	2024
Periodo Liquidación:	1
Impuesto:	ESTAMPILLA ADULTO MAYOR
Acto:	ESTAMPILLA ADULTO MAYOR
Base Gravable:	$ 16.000.000
Fecha Pago:	23/08/2024
Monto Pagado:	$ 406.000
Banco Recaudador:	BANCO DAVIVIENDA
No. de Soporte:	20240614
Asociada Entidad:	INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB
Estado:	**VALIDACION CORRECTA DEL IMPUESTO**



MiÃ©rcoles, 28 de Agosto de 2024

Regresar Menú Rentas | Nueva Búsqueda

Datos Básicos del Recibo de Pago

No. Documento:	**20240052821**
Fecha Emisión:	05/08/2024
Identificación:	22589233
Declarante:	LUZ DALY GONZALEZ CRUZADO
Vigencia:	2024
Periodo Liquidación:	1
Impuesto:	ESTAMPILLA PROCULTURA OTROS
Acto:	ESTAMPILLA PROCULTURA OTROS
Base Gravable:	$ 16.000.000
Fecha Pago:	23/08/2024
Monto Pagado:	$ 81.000
Banco Recaudador:	BANCO DAVIVIENDA
No. de Soporte:	20240614
Asociada Entidad:	INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB
Estado:	**VALIDACION CORRECTA DEL IMPUESTO**



MiÃ©rcoles, 28 de Agosto de 2024

Regresar Menú Rentas | Nueva Búsqueda

Datos Básicos del Recibo de Pago

No. Documento:	**20240052820**
Fecha Emisión:	05/08/2024
Identificación:	22589233
Declarante:	LUZ DALY GONZALEZ CRUZADO
Vigencia:	2024
Periodo Liquidación:	1
Impuesto:	ESTAMPILLA ITSA
Acto:	ESTAMPILLA ITSA
Base Gravable:	$ 16.000.000
Fecha Pago:	23/08/2024
Monto Pagado:	$ 49.000
Banco Recaudador:	BANCO DE OCCIDENTE
No. de Soporte:	20240614
Asociada Entidad:	INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB
Estado:	**VALIDACION CORRECTA DEL IMPUESTO**

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:

LUZ DALY GONZALEZ CRUZADO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **22.589.233**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 28 de Agosto del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **LUZ DALY GONZALEZ CRUZADO** identificado con **CC** No. **22589233**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
ITSA - NI. 802011065	**Fecha de inicio de cobertura:** 29/08/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 16/07/2024 **Fecha fin de Contrato:** 30/10/2024 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE 723 **Clase de Riesgo:** 1

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401018489069.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 28 días del mes de agosto de 2024.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MIS_4_1_3_FR15 v_07

Bogotá, Julio 19 de 2024

Señora:
GONZALEZ CRUZADO LUZ DALY
CC. 22589233
TV 44 102 167 AP 331 - 3140
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Julio 11 de 2013. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
MESINO OSORIO JAIME ANDRES	1043119739	C	Oct-25-2012	264	26	HIJO DE 18 A 25 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
MESINO GONZALEZ NATALIA MAXIELL	1043140645	T	Jul-11-2013	117	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
GONZALEZ CRUZADO LUZ DALY	22589233	C	Jul-11-2013	117	0	SEGUNDO COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
MESINO SARMIENTO LAUREANO	72006914	C	Jul-11-2013	117	0	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
LUZ DALY GONZALEZ CRUZADDA	22589233	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
LUZ DALY GONZALEZ CRUZADDA	22589233	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	VIGENTE
LUZ DALY GONZALEZ CRUZADDA	22589233	Independiente Voluntario al Sistema de Riesgos Lab	CERRADO
LUZ DALY GONZALEZ CRUZADDA	22589233	Trabajador Independiente	CERRADO
LUZ DALY GONZALEZ CRUZADDA	22589233	Trabajador Independiente	CERRADO
MULTISERVICIOS LOGISTICOS JMS SAS	22589233	Dependiente	CERRADO
UNION TEMPORAL PAN NUESTRO	22589233	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,
GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A

Elaboró: Edwin Arturo de la Hoz Castro - Auxiliar de Caja

Powered by CamScanner

Referencia Bancaria

Martes, 30 de enero de 2024

A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que LUZ DALY GONZALEZ CRUZADO identificado(a) con CC 22.589.233, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Nombre Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	48362964167	2024/01/30	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 en 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.

Powered by CamScanner

FORMATO DECLARACION JURAMENTADA CONTRATISTA

Barranquilla, 19 de julio 2024

Señores:

INSTITUCIÓN 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:

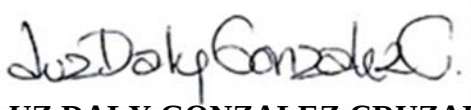
a). Que de acuerdo a lo establecido en el artículo 387 del E.T. modificado por la Ley 1819 de 2016, solicito deducción por Dependientes. SI [ ] NO [X]

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.

Firma:



LUZ DALY GONZALEZ CRUZADO
C.C. 22589233 EXP EN BARRANQUILLA