INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB

Nit. 802.011.065-5

DEBE A

YHOIBER MIGUEL CASTRO CHAVERRA

VALOR DEL PAGO MENSUAL: TRES MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS OCHENTA Y SIETE PESOS M/L ($3.256.787)

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB

PERIODO: SEGUNDO PAGO 20240645

No. Contrato: 20240645 **No. CDP:** 240588 **No. RP:** 241525

No. CTA PARA A CONSIGNAR: Cuenta de Ahorro 027100114746 Banco Davivienda

Barranquilla, 05 de Septiembre de 2024

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA
Rad: 19421 **Fecha:** 06/09/2024 **Hora:** 16:05:44
Asunto: CUENTA DE COBRO 20240645 SEGUNDO PAGO
Anexos: 10 FOLIOS
Remite: YHOIBER MIGUEL CASTRO CHAVERRA
Destino: RODOLFO JOSE GONZALEZ PULIDO

YHOIBER MIGUEL CASTRO CHAVERRA
C.C.: 1193555399 de Barranquilla
Celular: 3014027654
Correo: ymiguelcastro@unibarranquilla.edu.co

Documentos Soportes Anexar: informe de Evaluación Supervisor, Pago Seguridad Social, carta aplicación retefuente a título de impuesto de renta

Fecha:	**05**	**de**	**Septiembre**	**de**	**2024**

Acta de recibo Inicial __ Parcial _x_ Final __

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO	
Contrato número:	20240645
Tipo de contrato:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN
Nombre de Contratista:	YHOIBER MIGUEL CASTRO CHAVERRA
Objeto del contrato: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB	

Valor del contrato:	**$ 13,027,148.00**			**RP Número:**	**241525**
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 DE INVESTIGACIÓN Y EXTENSIÓN**
Plazo del contrato:	**Fecha de inicio:**	**26-07-2024**		**Fecha de finalización:**	**08/11/2024**
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: $3.256.787	
Periodo al que corresponde el pago:	**Segundo Pago**

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%**	$ 162,900	Julio
Pensión	**16%**	$ 208,500	Julio
ARL		$ 6,900	Julio

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

CONTRATO		20240645		
PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES	**BASE GRAVABLE**	**N° Recibo Pago**	**Valor Pagado**	**Fecha de Pago**
Estampilla ITSA	**$ 13.027.148**	**20240052397**	**$ 39.000**	**01/08/2024**
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				

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):	Arcesio Castro - Rector		
Por parte del contratista:	Yhoiber Castro Chaverra		
Lugar donde se realiza la reunión	Comunicaciones estratégicas		
Hora de inicio (a.m./p.m.)	10:00 A.M	**Hora de finalización (a.m./p.m.)**	12:00 P.M

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

Actividad /Compromiso	**Justificación / Observación**
1. Apoyar en las actividades de producción y post-producción de clips de audio y video institucionales y promocionales, publicándolos y transmitiéndolos en los medios disponibles y administrados por el proceso de Comunicaciones Estratégicas.	Se cumplió en apoyar en las actividades de producción y post-producción de clips de audio y video institucionales y promocionales, publicándolos y transmitiéndolos en los medios disponibles y administrados por el proceso de Comunicaciones Estratégicas.
2. Apoyar en las actividades de cubrimiento audiovisual de los eventos institucionales,	Se cumplió en apoyar en las actividades de cubrimiento audiovisual de los eventos

dentro y/o fuera de las instalaciones o sedes.	institucionales, dentro y/o fuera de las instalaciones o sedes.
3. Apoyar en las actividades de grabación y transmisión de eventos institucionales por Facebook, YouTube y/o Instagram, entre otros.	Se cumplio de apoyar en las actividades de grabación y transmisión de eventos institucionales por Facebook, YouTube y/o Instagram, entre otros.
4. Resguardar la memoria institucional como registros fotográficos y de video, en los almacenamientos institucionales que están en OneDrive, asegurando que cada registro lleve los respectivos metadatos para su uso posterior.	Se cumplió en Resguardar la memoria institucional como registros fotográficos y de video, en los almacenamientos institucionales que están en OneDrive, asegurando que cada registro lleve los respectivos metadatos para su uso posterior.
5. Apoyar en la organización de actividades y eventos de proceso necesarios para el cumplimiento de las metas trazadas en la unidad.	Se cumplió en Apoyar en la organización de actividades y eventos de proceso necesarios para el cumplimiento de las metas trazadas en la unidad.
6. Socializar a funcionarios y/o red de corresponsales los manuales y/o recomendaciones relacionadas con las actividades asignadas.	Se cumplió con Socializar a funcionarios y/o red de corresponsales los manuales y/o recomendaciones relacionadas con las actividades asignadas.
7. Cumplir con el plan de actividades asignadas para cubrimiento y realización de productos audiovisuales.	Se cumplió en Cumplir con el plan de actividades asignadas para cubrimiento y realización de productos audiovisuales.
8. Asistir a las reuniones que convoque el supervisor del contrato.	Se cumplió en Asistir a las reuniones que convoque el supervisor del contrato.
9. Cumplir de buena fe con el objeto del contrato.	Se cumplió en cumplir de buena fe con el objeto del contrato.
10. Asumir los gastos y riesgos que implica el desarrollo del contrato bajo su propia responsabilidad.	Se cumplió en asumir los gastos y riesgos que implica el desarrollo del contrato bajo su propia responsabilidad.
11. Encontrarse al día en el pago de los aportes de seguridad social durante la ejecución del contrato.	Se cumplió en encontrarse al día en el pago de los aportes de seguridad social durante la ejecución del contrato.
12. Realizar la legalización del contrato dentro de los cinco (5) días siguientes a la suscripción de este.	Se cumplió en realizar la legalización del contrato dentro de los cinco (5) días siguientes a la suscripción de este.

13. Realizarse los exámenes médicos ocupacionales que exige la Ley.	Se cumplió en realizarse los exámenes médicos ocupacionales que exige la Ley.

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	**20**	**De**	**Septiembre**	**de**	**2024**

Para constancia de lo anterior, firman la presente acta los que en ella intervinieron a los (05/08/2024)				
Cinco	días del mes de	Septiembre	de	2024

Nombre ARCESIO CASTRO AGUDELO
Supervisor o Interventor

YHOIBER CASTRO CHAVERRA
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 1193555399		CASTRO CHAVERRA YHOIBER MIGUEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 21 # 13 47	MALAMBO-ATLANTICO	3014027654	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	821158184	9470944723	I	2024/08/26	2024/08/05	NEQUI	0	$378,300

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
1	CC	1193555399	CASTRO YHOIBER	25-14	30	$1,302,715	$208,500	EPS010	30	$1,302,715	$162,900		0	$0	$0	14-7	30	$1,302,715	$6,900	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$1,302,715**	**$208,500**			**$1,302,715**	**$162,900**			**$0**	**$0**			**$1,302,715**	**$6,900**		**$0**	**$0**

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,500	$0	$0	$208,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$208,500	$0	$0	$208,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,900	$0	$0	$6,900
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$6,900	$0	$0	$6,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,900	$0	$0	$162,900
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$162,900	$0	$0	$162,900
TOTAL				1	$378,300	$0	$0	$378,300

2024/08/05 09:33 AM



Viernes, 2 de Agosto de 2024

Regresar Menú Rentas | Nueva Búsqueda

Datos Básicos del Recibo de Pago

No. Documento:	**20240052397**
Fecha Emisión:	01/08/2024
Identificación:	1193555399
Declarante:	YHOIBER
Vigencia:	2024
Periodo Liquidación:	1
Impuesto:	ESTAMPILLA ITSA
Acto:	ESTAMPILLA ITSA
Base Gravable:	$ 13.027.148
Fecha Pago:	01/08/2024
Monto Pagado:	$ 39.000
Banco Recaudador:	BANCO DE OCCIDENTE
No. de Soporte:	20240645, CONTRATO SECOP: 522719
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 **YHOIBER MIGUEL CASTRO CHAVERRA** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1193555399** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1193555399
NOMBRES Y APELLIDOS	YHOIBER MIGUEL CASTRO CHAVERRA
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	01/02/2024
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	227
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	39

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **09/07/2024**

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

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **YHOIBER MIGUEL CASTRO CHAVERRA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1193555399,** se encuentra afiliado/a desde **25/09/2023** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 09 de julio de 2024.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMATO DECLARACION JURAMENTADA CONTRATISTA

Barranquilla, 26 de Julio del 2024

Señores:

INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA

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:

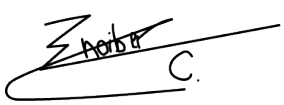
a). Que de acuerdo a lo establecido en el artículo 387 del E.T. modificado por la Ley 1819 de 2016, solicito deducción por Dependientes. SI [ ] NO [X]

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



YHOIBER MIGUEL CASTRO CHAVERRA
C.C 1193555399 de Barranquilla