LA INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB
Nit: 802.011.065-5

DEBE A
LUIS GUILLERMO BELEÑO MERCADO

VALOR DEL PAGO: $3.256.787

PERIODO A CANCELAR: Primer Pago contrato 20240649

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN LA INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA.

No. Contrato: 20240649 **No CDP.** 240588

No. RP. 241508

No. CTA. PARA CONSIGNAR: 029700007346 ahorros Davivienda

LUGAR DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: Barranquilla, Agosto 30 de 2024.



LUIS GUILLERMO BELEÑO MERCADO
C.C 72.282.423Barranquilla
Celular: 3226477501
Correo: lubm2016@gmail.com

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA
Rad: 19461 **Fecha:** 12/09/2024 **Hora:** 14:04:09
Asunto: CUENTA DE COBRO 20240649 PRIMER PAGO
Anexos: 10 FOLIOS
Remite: LUIS GUILLERMO BELEÑO MERCADO
Destino: RODOLFO JOSE GONZALEZ PULIDO

Fecha:	**30**	**de**	**Agosto**	**de**	**2024**

Acta de recibo Inicial x_Parcial___Final ___

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO	
Contrato número:	20240649
Tipo de contrato:	Contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión
Nombre de Contratista:	Luis Guillermo Beleño Mercado
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:**	**241508**
Rubro:	**2.1.2.02.02.009 - SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PERSONALES**	**Fuente de Financiación:**	**RECURSOS PROPIOS**	**Centro de Costo:**	**RECTORIA**
Plazo del contrato:	**Fecha de inicio:**	**25/07/2024**		**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:	

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**	**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 Inicial: ($3.256.787)	
Periodo al que corresponde el pago:	**Primer 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**	**Junio 2024**
Pensión	**16%**	**$208.500**	**Junio 2024**
ARL		**$6.900**	**Junio 2024**

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

CONTRATO		20240649		
PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES	**BASE GRAVABLE**	**N° Recibo Pago**	**Valor Pagado**	**Fecha de Pago**
Estampilla ITSA	**$13.027.148**	**20240052413**	**$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	**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):	Arcesio Castro Agudelo (**Rector**)		
Por parte del contratista:	Luis Guillermo Beleño Mercado		
Lugar donde se realiza la reunión	**Oficina rectoría**		
Hora de inicio (a.m./p.m.)	**9:30AM**	**Hora de finalización (a.m./p.m.)**	**10:00AM**

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

Actividad /Compromiso	Justificación / Observación
Apoyar las actividades de mercadeo de la institución	Las actividades de mercadeo de la institución se apoyaron
Apoyar en la administración de la parte técnica (Control Master para la emisora de los programas, programación de la emisora revisión permanentemente de su funcionamiento y mantenimiento de la emisora en internet)	El manejo de la parte técnica, la programación y la revisión permanente de la emisora y por internet se cumplió.
Apoyar en la evaluación del contenido de nuevos proyectos radiales.	La evaluación del contenido de nuevos proyectos radiales se evidenció.
Apoyar en el seguimiento al cumplimiento de los requerimientos legales que debe efectuar la emisora en los tiempos establecidos por el Ministerio TIC.	El cumplimiento de los requerimientos legales de la emisora se hizo
Generar espacios de interacción de la emisora con la Comunidad Institucional, mínimo una vez al mes en espacios como cafeterías, auditorios, etc.	Los espacios de interacción se realizaron.

Asistir a las reuniones que convoque el supervisor del contrato	Se asistió a las reuniones convocadas por el supervisor (a) del contrato.
Encontrarse al día en el pago de los aportes a seguridad social durante la ejecución del contrato.	Los pagos de los aportes de seguridad social se hicieron.
Rendir informes mensual de las actividades encomendadas.	Se hicieron los informes de las actividades encomendadas.
Presentar la cuenta de cobro.	Se presentó la cuenta de cobro.
Realizar la legalización del contrato dentro de los cinco (5) días siguientes a la suscripción del mismo	La legalización del contrato se hizo

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	05	**De**	Septiembre	**de**	2024

Para constancia de lo anterior, firman la presente acta los que en ella intervinieron a los (30)				
Treinta	días del mes de	Agosto	de	2024

Arcesio Castro Agudelo
INTERVENTOR o SUPERVISOR

Luis Guillermo Beleño Mercado
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 72282423		BELEÑO MERCADO LUIS GUILLERMO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 32 35-32 BRR LA ARBOLEDA	SOLEDAD-ATLANTICO	3437132	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	872721585	9468888726	I	2024/07/08	2024/08/28	NEQUI	51	$392,900

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)					$1,302,714	$208,500			$1,302,714	$162,900			$0	$0			$1,302,714	$6,900		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,302,714	$208,500			$1,302,714	$162,900			$0	$0			$1,302,714	$6,900		$0	$0
Ciudad: SOLEDAD Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)					$1,302,714	$208,500			$1,302,714	$162,900			$0	$0			$1,302,714	$6,900		$0	$0
1	CC	72282423 BELEÑO LUIS	25-14	30	$1,302,714	$208,500	EPS010	30	$1,302,714	$162,900		0	$0	$0	14-7	30	$1,302,714	$6,900	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,302,714	$208,500			$1,302,714	$162,900			$0	$0			$1,302,714	$6,900		$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 72282423		BELEÑO MERCADO LUIS GUILLERMO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 32 35-32 BRR LA ARBOLEDA	SOLEDAD-ATLANTICO	3437132	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	872721585	9468888726	I	2024/07/08	2024/08/28	NEQUI	51	$392,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,500	$8,000	$0	$216,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$208,500	$8,000	$0	$216,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,900	$300	$0	$7,200
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$6,900	$300	$0	$7,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,900	$6,300	$0	$169,200
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$162,900	$6,300	$0	$169,200
TOTAL				**1**	**$378,300**	**$14,600**	**$0**	**$392,900**



Viernes, 30 de Agosto de 2024

Regresar Menú Rentas | Nueva Búsqueda

Datos Básicos del Recibo de Pago

No. Documento:	**20240052413**
Fecha Emisión:	01/08/2024
Identificación:	72282423
Declarante:	LUIS GUILLERMO BELEÑO MERCADO
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:	20240649, CONTRATO SECOP: CO1.SLCNTR.13187857
Asociada Entidad:	INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB
Estado:	**VALIDACION CORRECTA DEL IMPUESTO**

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BARRANQUILLA, **30/08/2024**
ATLANTICO,
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor LUIS GUILLERMO BELENO MERCADO** con **Cédula de Ciudadanía** número **72282423**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**029700007346**
Fecha de apertura	**26/10/2010**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMATO DECLARACION JURAMENTADA CONTRATISTA

Barranquilla, 25 de Julio 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]

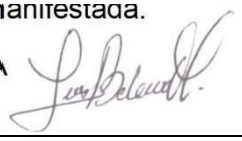
4). Para efectos de disminuir la base de retención en la fuente a título de renta (art. 387 ET), sobre mis honorarios o servicios, me permito adjuntar los siguientes documentos:

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 

Nombres
CC. 72.282.423 Barranquilla