INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA

Nit. 802.011.065-5

DEBE A

LUISA FERNANDA PEREZ ROMERO

VALOR DEL PAGO: $2.625.021 Dos millones seiscientos veinticinco mil veintiún pesos moneda legal.

PERIODO A CANCELAR: Primer pago, contrato 20240816.

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

No. Contrato: 20240816 **No. CDP. 240789** **No. RP. 242248**

No. CUENTA PARA CONSIGNAR: Cuenta de Ahorros número 0550488426716368 del Banco Davivienda.

Correo electrónico: planeacionhorarios@unibarranquilla.edu.co

Número de teléfono: 3106902529

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA
Rad: 20004 **Fecha:** 31/10/2024 **Hora:** 11:42:48
Asunto: CUENTA DE COBRO 20240816. PRIMER PAGO
Anexos: 9 FOLIOS
Remite: LUISA FERNANDA PEREZ ROMERO
Destino: RODOLFO JOSE GONZALEZ PULIDO

Soledad, 30 de octubre de 2024.



_____

LUISA FERNANDA PEREZ ROMERO
C.C 1001880635 de Barranquilla

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

Fecha:	30	de	Octubre	de	2024

Acta de recibo Inicial _X_ Parcial __ Final __

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO	
Contrato número:	20240816
Tipo de contrato:	CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA IUB
Nombre de Contratista:	LUISA FERNANDA PEREZ ROMERO
Objeto del contrato: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA IUB	

Valor del contrato:	**$7.087.556 (El valor estimado del contrato es la suma de siete millones ochenta y siete mil quinientos cincuenta y seis pesos moneda legal)**			**RP Número:**	**242248**
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:**	**15/10/2024**		**Fecha de finalización:**	**21/12/2024**
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:	**NA**

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 Dos millones seiscientos veinticinco mil veintiún pesos moneda legal.

Periodo al que corresponde el pago:	**Primer pago contrato 20240816.**

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%**	NA	NA
Pensión	**16%**	NA	NA
ARL	**0.522%**	NA	NA

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

CONTRATO		**20240816**		
PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES	**BASE GRAVABLE**	**N° Recibo Pago**	**Valor Pagado**	**Fecha de Pago**
Estampilla ITSA	**$7.087.556**	**20240078315**	**$21.000**	**29/10/2024**
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		**NA**		
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):	Carolina Monsalve Pabón		
Por parte del contratista:	Luisa Fernanda Perez Romero		
Lugar donde se realiza la reunión	Oficina de Planeación		
Hora de inicio (a.m./p.m.)	9:00 am	**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
Apoyar en la recopilación, organización y reporte de información en la herramienta HECAA que permite el cargue de los datos requeridos por el Ministerios de Educación Nacional – MEN, correspondiente al sistema de Información para la Educación Superior – SNIES y el Sistema para la Prevención de la Deserción de la Educación Superior – SPADIES, de acuerdo con los términos referenciados en los decretos que lo reglamentan.	Se apoya a la unidad de planeación en la recopilación, organización y reporte de información en la herramienta HECAA que permite el cargue de los datos requeridos por el Ministerios de Educación Nacional – MEN, correspondiente al sistema de Información para la Educación Superior – SNIES y el Sistema para la Prevención de la Deserción de la Educación Superior – SPADIES, de acuerdo con los términos referenciados en los decretos que lo reglamentan.
Apoyar en el seguimiento de los estudiantes aprobados y potenciales de la Política Gratuidad en los Componentes de Excelencia, Equidad y Fondo Solidario identificados por el Ministerio de Educación Nacional - MEN.	Se apoya a la unidad de planeación en la en el seguimiento de los estudiantes aprobados y potenciales de la Política Gratuidad en los Componentes de Excelencia, Equidad y Fondo Solidario identificados por el Ministerio de Educación Nacional - MEN.
Apoyar en la consolidación de la información para la construcción del documento Seguimiento de los Beneficiarios de la Política de Gratuidad.	Se apoya a la unidad de planeación en la consolidación de la información para la construcción del documento Seguimiento de los Beneficiarios de la Política de Gratuidad.
Apoyar en el seguimiento y control de la estructuración de la proyección académica a nivel de módulos por programas con el apoyo de las Facultades y las Unidades de Idiomas para establecer horarios y recursos físicos.	Se apoya a la unidad de planeación en el seguimiento y control de la estructuración de la proyección académica a nivel de módulos por programas con el apoyo de las Facultades y las Unidades de Idiomas para establecer horarios y recursos físicos.
Apoyar en la administración del sistema de solicitudes y asignación de recursos físicos por medio de la herramienta institucional Mi Espacio.	Se apoya a la unidad de planeación en la administración del sistema de solicitudes y asignación de recursos físicos por medio de la herramienta institucional Mi Espacio.

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: 4,5

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

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

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

Carolina Monsalve Pabón
Supervisor o Interventor

Luisa Fernanda Perez Romero
Contratista

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 **LUISA FERNANDA PEREZ ROMERO** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1001880635** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1001880635
NOMBRES Y APELLIDOS	LUISA FERNANDA PEREZ ROMERO
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	13/08/2021
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	171
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	49

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **29/10/2024**

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

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **PEREZ ROMERO LUISA FERNANDA** identificado(a) con **CC** número **1.001.880.635** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 14 de abril de 2021 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 29 de octubre de 2024.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2024102914262



Martes, 29 de Octubre de 2024

Regresar Menú Rentas | Nueva Búsqueda

Datos Básicos del Recibo de Pago

No. Documento:	**20240078315**
Fecha Emisión:	29/10/2024
Identificación:	1001880635
Declarante:	LUISA FERNANDA PEREZ ROMERO
Vigencia:	2024
Periodo Liquidación:	1
Impuesto:	ESTAMPILLA ITSA
Acto:	ESTAMPILLA ITSA
Base Gravable:	$ 7.087.556
Fecha Pago:	29/10/2024
Monto Pagado:	$ 21.000
Banco Recaudador:	BANCO DE OCCIDENTE
No. de Soporte:	20240816, CONTRATO SECOP: 20240816
Asociada Entidad:	INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB
Estado:	**VALIDACION CORRECTA DEL IMPUESTO**

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BARRANQUILLA, **29/10/2024**
ATLANTICO,
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor LUISA FERNANDA PEREZ ROMERO** con **Cédula de Ciudadanía** número **1001880635**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**488426716368**
Fecha de apertura	**24/01/2022**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMATO DECLARACION JURAMENTADA CONTRATISTA

Soledad, 15 de octubre de 2024

Señores:

INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB

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



Luisa Fernanda Perez Romero
Cc.1.001.880.635 de Barranquilla

SEGUROS BOLÍVAR

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB
Identificada con NT No. 802011065

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 2540576402304, a partir del 01 de Julio del año 2021.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO COTIZANTE	ESTADO
CC	1001880635	LUISA FERNANDA PEREZ ROMERO	INDEPENDIENTES RIESGO I	1	0.522%	16/10/2024	21/12/2024	IND CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS MAYOR A 1MES	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 1 de Noviembre del año 2024.

Firma Representante Legal

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA