INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB

Nit. 802.011.065-5

DEBE A

Jose Ismael Ramos Camargo

VALOR DEL PAGO MENSUAL: Tres millones doscientos cincuenta y seis mil setecientos ochenta y siete pesos moneda legal ($3.256.787).

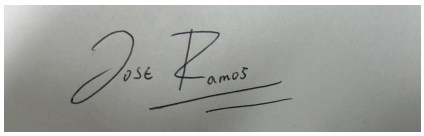
OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB

PERIODO: Segundo pago contrato 20240827

No. Contrato: 20240827 **No. CDP: 240724** **No. RP: 242295**

No. CTA PARA A CONSIGNAR: Cuenta de Ahorros 08387999796 BANCOLOMBIA

Barranquilla, 25 de Noviembre de 2024



INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA
Rad: 20251 **Fecha:** 27/11/2024 **Hora:** 09:17:40
Asunto: CUENTA DE COBRO 20240827 SEGUNDO PAGO
Anexos: 8 FOLIOS
Remite: JOSE ISMAEL RAMOS CAMARGO
Destino: RODOLFO JOSE GONZALEZ PULIDO

Jose Ismael Ramos Camargo
C.C.: 1234095772 de Barranquilla
Celular: 3005533301
Correo: procesoshub@unibarranquilla.edu.co

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

Fecha:	**25**	**de**	**Noviembre**	**de**	**2024**

Acta de recibo Inicial __ Parcial _X_ Final __

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO	
Contrato número:	20240827
Tipo de contrato:	Prestación de Servicios
Nombre de Contratista:	Jose Ismael Ramos Camargo
Objeto del contrato: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO EN LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB	

Valor del contrato:	**$ 8.793.324**			**RP Número:**	242295
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:**	**18 de Octubre 2024**		**Fecha de finalización:**	**21 de Diciembre 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: Tres millones doscientos cincuenta y seis mil setecientos ochenta y siete pesos moneda legal ($3.256.787).	
Periodo al que corresponde el pago:	**Segundo pago de contrato 20240827**

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%**	$ 256.200	OCTUBRE
Pensión	**16%**	$ 200.200	OCTUBRE
ARL	**0.522%**	$ 8.500	OCTUBRE

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

CONTRATO		20240827		
PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES	**BASE GRAVABLE**	**N° Recibo Pago**	**Valor Pagado**	**Fecha de Pago**
Estampilla ITSA	**$8.793.324**	**20240076662**	**$26.000**	**23-10-2024**
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):	Lorenzo Doménico Zanello Riva		
Por parte del contratista:	Jose Ismael Ramos Camargo		
Lugar donde se realiza la reunión	**Vicerrectoría de Extensión e Investigación**		
Hora de inicio (a.m./p.m.)	9:00 am	**Hora de finalización (a.m./p.m.)**	**9:30 am**

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

Actividad /Compromiso	Justificación / Observación
1. Apoyar la coordinación de proyectos de la Vicerrectoría de Extensión e Investigación.	Apoyo la coordinación de proyectos de la Vicerrectoría de Extensión e Investigación .

2. Crear y monitorear indicadores clave de rendimiento (KPIs) que reflejen los objetivos y metas de la Vicerrectoría de Extensión e Investigación.	Creación y monitoreo de indicadores claves de rendimiento (KPIs) que reflejen los objetivos y metas de la Vicerrectoría de Extensión e Investigación
3. Identificar oportunidades de mejora para el desarrollo de proyectos de la Vicerrectoría de Extensión e Investigación.	Identifico oportunidades de mejora para el desarrollo de proyectos de la Vicerrectoría de Extensión e Investigación
4. Actuar de tal manera que primen la eficiencia, la celeridad y la calidad en la ejecución.	Actúo de tal manera que primen la eficiencia, la celeridad y la calidad en la ejecución.
5. Asumir los gastos y riesgos que implica el desarrollo del contrato bajo su propia responsabilidad.	Asumo los gastos y riesgos que implica el desarrollo del contrato bajo mi propia responsabilidad.
6. Desarrollar el contrato en los términos y condiciones establecidas y formuladas en la propuesta	Desarrollo el contrato en los términos y condiciones establecidas y formuladas en la propuesta
7. Cumplir con el objeto del contrato, desarrollando todas las actividad es que hacen parte del mismo, según las especificaciones dadas por la IUB	Cumplo con el objeto del contrato, desarrollando todas las actividades que hacen parte del mismo, según las especificaciones dadas por la IUB.
8. Encontrarse al día en el pago de los aportes parafiscales durante la ejecución del contrato	Encuentro al día en el pago de los aportes parafiscales durante la ejecución del contrato.
9. Las demás obligaciones que por la ley y la naturaleza del Contrato le correspondan.	Encuentro al día en el pago de las demás obligaciones que por la ley y la naturaleza del Contrato le correspondan.
10. Asistir a las reuniones que convoque el supervisor del contrato.	Asisto a las reuniones que convoque el supervisor del contrato.
11. Apoyar en las demás actividades que el supervisor le indique	Apoyo en las demás actividades que el supervisor me indique.

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

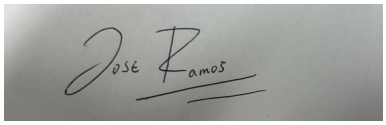
Fecha de la próxima reunión	13	**De**	Diciembre	**de**	2024

Para constancia de lo anterior, firman la presente acta los que en ella intervinieron a los (25)				
Veinticinco	días del mes de	Noviembre	de	2024



Lorenzo Doménico Zanello Riva

Supervisor o Interventor



Jose Ismael Ramos Camargo
Contratista

Barranquilla, 25 de noviembre del 2024

FORMATO DECLARACION JURAMENTADA CONTRATISTA

SEÑORES: INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA

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:

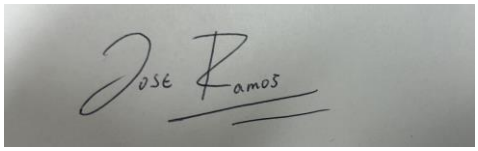
A). Que de acuerdo con lo establecido en el artículo 387 del E.T. modificado por la Ley 1819 de 2016, solicito deducción por Dependientes. SI [ ] NO [X]

B). Que de acuerdo con 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, según el artículo 387 del E.T. modificado por la Ley 1819 de 2016, solicitó 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.



Jose Ismael Ramos Camargo

CC 1234095772

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1234095772
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JOSE ISMAEL RAMOS CAMARGO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BARRANQUILLA	DEPARTAMENTO:	ATLANTICO
DIRECCIÓN:	CALLE 94 NO 42C-182 - BARRIO	TELÉFONO:	3329925
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	1 - CONTRATO 2
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7946310853**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	octubre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	octubre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2024	SALUD:	AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:		1			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/11/21	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1066025297

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
								X								

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 256.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 256.200**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800088702	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	$ 200.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 200.200**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860002503	14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1	$ 8.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 8.500**

VALOR SIN MORA:	**$ 464.400**
VALOR MORA:	**$ 500**
TOTAL PAGADO:	**$ 464.900**

Planilla Pagada



MiÃ©rcoles, 23 de Octubre de 2024

Regresar Menú Rentas | Nueva Búsqueda

Datos Básicos del Recibo de Pago

No. Documento:	**20240076662**
Fecha Emisión:	23/10/2024
Identificación:	1234095772
Declarante:	JOSE ISMAEL RAMOS CAMARGO
Vigencia:	2024
Periodo Liquidación:	1
Impuesto:	ESTAMPILLA ITSA
Acto:	ESTAMPILLA ITSA
Base Gravable:	$ 8.793.324
Fecha Pago:	23/10/2024
Monto Pagado:	$ 26.000
Banco Recaudador:	BANCO DE OCCIDENTE
No. de Soporte:	20240827, CONTRATO SECOP: 20240827
Asociada Entidad:	INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB
Estado:	**VALIDACION CORRECTA DEL IMPUESTO**