INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB

Nit. 802.011.065-5

DEBE A

FABIAN JESÚS FIGUEROA CASTRO

VALOR DEL PAGO: Ocho millones de pesos moneda legal vigente ($8.000.000)

PERIODO A CANCELAR: Primer pago contrato 20240920

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

No. Contrato. 20240920

No. CDP. 240929 **No. RP:** 242866

No. CUENTA PARA CONSIGNAR: Cuenta de ahorros número 02900026890 del Banco Bancolombia.

LUGAR DE EJECUCION DEL CONTRATO: Campus Barranquilla

Soledad, 12 de diciembre del 2024



FABIAN JESÚS FIGUEROA CASTRO
C.C. 1.050.955.537 de Turbaco (Bolívar)

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA
Rad: 20973 **Fecha:** 23/12/2024 **Hora:** 15:12:33
Asunto: CUENTA DE COBRO 20240920 PRIMER PAGO
Anexos: 11 FOLIOS
Remite: FABIAN JESUS FIGUEROA CASTRO
Destino: RODOLFO JOSE GONZALEZ PULIDO

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

	INFORME DE SEGUIMIENTO DE INTERVENTORÍA O SUPERVISIÓN DE PROVEEDOR O CONTRATISTA	FR-JUR-02-V13 Vigencia: 15/12/2022 Pág. 1 de 4

Fecha:	**12**	**de**	**diciembre**	**de**	**2024**

Acta de recibo Inicial _X_ Parcial __ Final __

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO	
Contrato número:	20240920
Tipo de contrato:	Prestación de servicios
Nombre de Contratista:	Fabian Jesús Figueroa Castro
Objeto del contrato:	Prestación de servicios profesionales en la Institución Universitaria de Barranquilla - IUB

Valor del contrato:	$16.000.000,00 m/l			**RP Número:**	242866
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:**	04 de diciembre de 2024		**Fecha de finalización:**	31 de diciembre de 2024
Suspensión de contrato: (Si aplica)	**Fecha de suspensión:**	**N/A**		**Fecha de reinicio:**	**N/A**

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:		**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: Ocho millones de pesos moneda legal vigente ($8.000.000)	
Periodo al que corresponde el pago:	Primer pago contrato 20240920

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%**	*$401,900*	*Noviembre de 2024*
Pensión	**16%**	*$571,400*	*Noviembre de 2024*
ARL		*$16,800*	*Noviembre de 2024*

CERTIFICACIÓN APORTES PARAFISCALES REVISOR FISCAL – REPRESENTANTE LEGAL (Persona Jurídica) Fecha (dd/mm/aaaa)	**No Aplica**

CONTRATO		20240920		
PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES	**BASE GRAVABLE**	**N° Recibo Pago**	**Valor Pagado**	**Fecha de Pago**
Estampilla ITSA	$ 16.000.000	**20240091647**	$ 48.000	10/12/2024
Estampilla Pro – Dotación (Tercera Edad)	$ 16.000.000	**20240091643**	$ 401.000	10/12/2024
Estampilla Pro-Cultura	$ 16.000.000	**20240091645**	$ 80.000	10/12/2024
Bono al Deporte	N/A	N/A	N/A	NA

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):	Ana María Pizarro De La Hoz		
Por parte del contratista:	Fabian Jesús Figueroa Castro		
Lugar donde se realiza la reunión	Oficina Vicerrectoría Administrativa y Financiera		
Hora de inicio (a.m./p.m.)	03:00 pm	**Hora de finalización (a.m./p.m.)**	03:30 pm

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

Actividad /Compromiso	Justificación / Observación
1. Apoyar en la proyección y estructuración de proyectos estratégicos de infraestructura física que requieran o no cofinanciación por parte de otras entidades de orden nacional o internacional.	Se brindo a la entidad apoyo en la proyección y estructuración de proyectos estratégicos de infraestructura física de la Institución
2. Atender y resolver todas las consultas, verbales y escritas, que sean presentadas por parte del Supervisor del contrato	Se prestó asesoría en la estructuración de documentos jurídicos y proyección financiera relacionados con estudios previos y análisis del sector en procesos a cargo de la Vicerrectoría Administrativa y Financiera.
3. Proyectar todos los documentos relacionados con el objeto del contrato que le sean encomendados y requeridos por el Supervisor	Se proyecta documentación en el marco del objeto del contrato.
4. Actuar de tal manera que primen la eficiencia, la celeridad y la calidad en la ejecución	Se actuó de manera eficiente, celeridad y con calidad en la ejecución del período facturado.
5. Asumir los gastos y riesgos que implica el desarrollo del contrato bajo su propia responsabilidad.	Se asumieron los gastos y riesgos en el desarrollo del contrato.
6. Desarrollar el contrato en los términos y condiciones establecidas y formuladas en la propuesta.	Se desarrolló el contrato en los términos y condiciones establecidas y con sujeción a la propuesta.
7. Encontrarse al día de pago de los aportes a seguridad social durante la ejecución del contrato.	Se da cumplimiento al pago de aportes a seguridad social durante la ejecución del contrato y el período facturado.
8. Las demás obligaciones que por la ley y la naturaleza del contrato le correspondan.	Se cumplieron con las obligaciones asignadas por la ley y la naturaleza propia del contrato.

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**
NA	**NA**	**NA**

Fecha de la próxima reunión	**17**	**de**	**12**	**de**	**2024**

Para constancia de lo anterior, firman la presente acta los que en ella intervinieron a los (12)				
doce	días del mes de	diciembre	de	2024

Ana María Pizarro de la Hoz
INTERVENTOR o SUPERVISOR

Fabian Jesús Figueroa Castro
CONTRATISTA



Jueves, 19 de Diciembre de 2024

Regresar Menú Rentas | Nueva Búsqueda

Datos Básicos del Recibo de Pago

No. Documento:	**20240091647**
Fecha Emisión:	10/12/2024
Identificación:	1050955537
Declarante:	FABIAN JESUS FIGUEROA CASTRO
Vigencia:	2024
Periodo Liquidación:	1
Impuesto:	ESTAMPILLA ITSA
Acto:	ESTAMPILLA ITSA
Base Gravable:	$ 16.000.000
Fecha Pago:	10/12/2024
Monto Pagado:	$ 48.000
Banco Recaudador:	BANCO DE OCCIDENTE
No. de Soporte:	20240920
Asociada Entidad:	INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB
Estado:	**VALIDACION CORRECTA DEL IMPUESTO**



Jueves, 19 de Diciembre de 2024

Regresar Menú Rentas | Nueva Búsqueda

Datos Básicos del Recibo de Pago

No. Documento:	**20240091643**
Fecha Emisión:	10/12/2024
Identificación:	1050955537
Declarante:	FABIAN JESUS FIGUEROA CASTRO
Vigencia:	2024
Periodo Liquidación:	1
Impuesto:	ESTAMPILLA ADULTO MAYOR
Acto:	ESTAMPILLA ADULTO MAYOR
Base Gravable:	$ 16.000.000
Fecha Pago:	10/12/2024
Monto Pagado:	$ 401.000
Banco Recaudador:	BANCO DAVIVIENDA
No. de Soporte:	20240920
Asociada Entidad:	INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB
Estado:	**VALIDACION CORRECTA DEL IMPUESTO**



Jueves, 19 de Diciembre de 2024

Regresar Menú Rentas | **Nueva Búsqueda**

Datos Básicos del Recibo de Pago

No. Documento:	**20240091645**
Fecha Emisión:	10/12/2024
Identificación:	1050955537
Declarante:	FABIAN JESUS FIGUEROA CASTRO
Vigencia:	2024
Periodo Liquidación:	1
Impuesto:	ESTAMPILLA PROCULTURA OTROS
Acto:	ESTAMPILLA PROCULTURA OTROS
Base Gravable:	$ 16.000.000
Fecha Pago:	10/12/2024
Monto Pagado:	$ 80.000
Banco Recaudador:	BANCO DAVIVIENDA
No. de Soporte:	20240920
Asociada Entidad:	INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB
Estado:	**VALIDACION CORRECTA DEL IMPUESTO**

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 1050955537		FIGUEROA CASTRO FABIAN JESUS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	PLAN PAREJO 2 MZ 54 LOTE 45	TURBACO-BOLIVAR	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	1133483410	9478949054	N	2024/12/10	2024/12/17	NU	7	$990,100

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)					$3,200,000	$568,600			$3,200,000	$400,000			$0	$0			$3,200,000	$16,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$3,200,000	$568,600			$3,200,000	$400,000			$0	$0			$3,200,000	$16,700		$0	$0
Ciudad: TURBACO Depto: BOLIVAR (1 Afiliados)					$3,200,000	$568,600			$3,200,000	$400,000			$0	$0			$3,200,000	$16,700		$0	$0
1	CC	1050955537	FIGUEROA FABIAN	230301	30	($2,453,333)	($392,600)	EPS010	30	($2,453,333)	($306,700)		0	$0	$0	14-11	30	($2,453,333)	($12,900)	0	$0	$0
2	CC	1050955537	FIGUEROA FABIAN	230301	30	$5,653,333	$961,200	EPS010	30	$5,653,333	$706,700		0	$0	$0	14-11	30	$5,653,333	$29,600	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$3,200,000	$568,600			$3,200,000	$400,000			$0	$0			$3,200,000	$16,700		$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 1050955537		FIGUEROA CASTRO FABIAN JESUS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	PLAN PAREJO 2 MZ 54 LOTE 45	TURBACO-BOLIVAR	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	1133483410	9478949054	N	2024/12/10	2024/12/17	NU	7	$990,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$568,600	$2,800	$0	$571,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$568,600	$2,800	$0	$571,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$16,700	$100	$0	$16,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$16,700	$100	$0	$16,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$400,000	$1,900	$0	$401,900
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$400,000	$1,900	$0	$401,900
TOTAL				**1**	**$985,300**	**$4,800**	**$0**	**$990,100**

Certificado
Bancario

Viernes, 25 de octubre de 2024

A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que FABIAN JESUS FIGUEROA CASTRO identificado(a) con CC 1050955537, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	02900026890	2019/09/02	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 los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 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.



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.

FORMATO DECLARACIÓN JURAMENTADA CONTRATISTA

Barranquilla, 04 de diciembre de 2024

Señores:
INSTITUCION 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.



FABIAN JESÚS FIGUEROA CASTRO
C.C. 1.050.955.537 de Turbaco (Bolívar)