LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA

Nit. 802.011.065-5

DEBE A:

CAMILA ANDREA PEÑA OJEDA

VALOR DEL PAGO MENSUAL: DOS MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS M/L ($2.266.667).

PERIODO A CANCELAR: PRIMER PAGO CONTRATO 20250008

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

No. Contrato: 20250008 **No. CDP.** 250059 **No. RP.** 250020

No. CTA PARA CONSIGNAR: Cuenta de ahorros 6 9 2 0 0 0 0 3 7 0 del Banco Bancolombia

LUGAR DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: Sede Barranquilla

EMAIL: pcamilaa08@gmail.com

CELULAR: 300-265-7598

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA
Rad: 250135 **Fecha:** 04/02/2025 **Hora:** 16:17:46
Asunto: CUENTA DE COBRO 20250008 PRIMER PAGO
Anexos: 14 FOLIOS
Remite: CAMILA ANDREA PEÑA OJEDA
Destino: RODOLFO JOSE GONZALEZ PULIDO

Barranquilla, 31 de enero de 2025

CAMILA ANDREA PEÑA OJEDA
C.C. 1.001.818.580 de Medellin

Fecha:	31	de	enero	de	2025

Acta de recibo Inicial _X_ Parcial _ Final __

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO	
Contrato número:	20250008
Tipo de contrato:	Prestación de Servicios
Nombre de Contratista:	CAMILA ANDREA PEÑA OJEDA
Objeto del contrato: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB.	

Valor del contrato:	**($18.266.667) M/L**			**RP Número:**	**250020**
Rubro:	**2.1.2.02.02.008**	**Fuente de Financiación:**	**Recursos Propios**	**Centro de Costo:**	**SECRETARIA GENERAL**
Plazo del contrato:	**Fecha de inicio:**	**Enero 23 de 2025**		**Fecha de finalización:**	**Mayo 31 de 2025**
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:	
Objeto del contrato:	

Valor del adicional contrato:	N/A	**Valor Total Del Contrato**	N/A	**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 inicial: DOS MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS M/L ($2.266.667).	
Periodo al que corresponde el pago:	**Primer pago contrato** 20250008

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%**	300.000	Diciembre de 2024
Pensión	**16%**	384.000	Diciembre de 2024
ARL		12.600	Diciembre de 2024

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

CONTRATO		20250008		
PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES	**BASE GRAVABLE**	**N° Recibo Pago**	**Valor Pagado**	**Fecha de Pago**
Estampilla ITSA	**18.266.667**	**20250002524**	**55.000**	**27 de enero de 2025**
Estampilla Pro – Dotación (Tercera Edad)	**18.266.667**	**20250002523**	**457.000**	**27 de enero de 2025**
Estampilla Pro-Cultura	**18.266.667**	**20250002525**	**91.000**	**27 de enero de 2025**
Bono al Deporte				

ADICIONAL DEL CONTRATO				
PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES	**BASE GRAVABLE**	**N° Recibo Pago**	**Valor Pagado**	**Fecha de Pago**
Estampilla ITSA				
Estampilla Pro – Dotación (Tercera Edad)				
Estampilla Pro-Cultura				
Bono al Deporte				

PAGO DE ESTAMPILLAS DEPARTAMENTALES:	**N° Recibo Pago**	**Valor Pagado**	**Fecha de Pago**
Estampilla Pro-Hospitales de 1y 2 Niveles			
Estampilla Pro-Hospital Universitario CARI			

Estampilla Pro-Electrificación Rural			
Estampilla Pro-Cultura			
Estampilla Pro-Desarrollo			
Estampilla Pro-Ciudadela Universitaria			
Estampilla Pro-Anciano			

ASISTENTES A LA REUNIÓN

Interventor(es) o Supervisor (es):	Àngela Victoria Hernàndez Vergara		
Por parte del contratista:	CAMILA ANDREA PEÑA OJEDA		
Lugar donde se realiza la reunión	Sede Colsamiro		
Hora de inicio (a.m./p.m.)	2:00pm	**Hora de finalización (a.m./p.m.)**	2:30pm

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

Actividad /Compromiso	Justificación / Observación
1. Asesorar a las diferentes dependencias en la etapa precontractual y llevar a cabo todos los procesos de contratación que requiera la institución, atendiendo cada una de las modalidades y el lleno de los requisitos legales. Así como proyectar documentos y actos administrativos que sean requeridos dentro del proceso contractual.	Asesore y realice seguimiento a los procesos contractuales en las distintas modalidades de contratación. **Consecutivo de procesos:** 20250088- ALEXANDER RODRIGUEZ RODELO 20250089-CHELSI CARINA GONZALEZ DE LA ROSA 20250090-CONSTANZA MARTINEZ GUEVARA 20250091-DIEGO FERNANDO BARRAGAN GIRALDO 20250092-NARLY ISABEL ORTEGA FERREIRA 20250093-VALENTINA TORRES MONTES 202500940-MERCEDES YOLIMA CAMPO PERNETT 20250095-LOLY LUZ OZUNA MARTINEZ 20250096-LEIDY CAROLINA RIVERO PARDO 20250097-MARÍA ELIZABETH MARTINEZ SANCHEZ 20250098-DARWINS GERMAN ESCOBAR APARICIO 20250099-JEAN CARLOS GAIBAO ARROYO 20250100-ISABELA JIMENEZ GOMEZ 20250101-VANESA PAOLA GUTIERREZ MARTINEZ 20250102-MAICKEN DAYAN TAPIA RODRIGUEZ 20250103-TANIA SAMIRA SOTOMAYOR QUINTERO

2. Revisar los documentos que se sometan a consideración para establecer la conveniencia, aplicabilidad, legalidad y demás inquietudes que frente a ellos se formulen.	Se revisaron los documentos precontractuales, enviados por las dependencias para su revisión y ajuste. De los siguientes procesos de contratacion directa **Consecutivo de procesos:** 20250088- ALEXANDER RODRIGUEZ RODELO 20250089-CHELSI CARINA GONZALEZ DE LA ROSA 20250090-CONSTANZA MARTINEZ GUEVARA 20250091-DIEGO FERNANDO BARRAGAN GIRALDO 20250092-NARLY ISABEL ORTEGA FERREIRA 20250093-VALENTINA TORRES MONTES 202500940-MERCEDES YOLIMA CAMPO PERNETT 20250095-LOLY LUZ OZUNA MARTINEZ 20250096-LEIDY CAROLINA RIVERO PARDO 20250097-MARÍA ELIZABETH MARTINEZ SANCHEZ 20250098-DARWINS GERMAN ESCOBAR APARICIO 20250099-JEAN CARLOS GAIBAO ARROYO 20250100-ISABELA JIMENEZ GOMEZ 20250101-VANESA PAOLA GUTIERREZ MARTINEZ 20250102-MAICKEN DAYAN TAPIA RODRIGUEZ 20250103-TANIA SAMIRA SOTOMAYOR QUINTERO 20250037 -JEFFRY BERDUGO NAVARRO 20250037-KARINA PAOLA ORTIZ RODRÍGUEZ 20250038-RODOLFO JOSE GONZALEZ 20250039-SILVANA VANESSA CARRASCAL GONZALEZ 20250040-VALERIA ZABALETA DIAZ 20250082 -YSAAC JOSE MEDINA DIAZ 20250083 -ANDRES ELOY BARRIENTOS BRACHO 20250087 -JONNIS MANUEL ORTEGA CONTRERAS 20250084 -LUIS ANDRES CABARCAS MARTINEZ
3. Participar en los comités evaluadores en los procesos de selección en la Institución Universitaria de Barranquilla, cuando el supervisor lo requiera.	Asesore y apoye a la Secretaria General, en los procesos actualmente publicados y que se encontraban en evaluación.
4. Elaboración de informe final de estado de la contratación de procesos asignados	Elabore un informe detallando, cómo va el trámite de los procesos publicados en la plataforma de SECOP II para su trazabilidad.
5. Asistir a las reuniones que convoque el supervisor del contrato.	Asistí a las reuniones que se programaron por parte de la supervisora.

EVALUACIÓN AL PROVEEDOR O CONTRATISTA

Califique de 1 a 5 según el grado de satisfacción. Donde 1 es el mínimo y 5 el máximo:

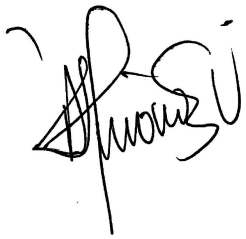
OPCIONES A EVALUAR	1	2	3	4	5
Cumplimiento al objeto del contrato					X
Calidad de las especificaciones del bien o servicio				x	
Cumplimiento de la entrega					X
Atención al cliente por parte del contratista					X

Calificación proveedor o contratista: 4.8

COMPROMISOS ADQUIRIDOS EN LA INTERVENTORÍA O SUPERVISIÒN		
Compromiso	**Fecha de entrega**	**Responsable**
Adquiridos en el contrato	**31 de enero de 2025**	**Camila Andrea Peña Ojeda**

Fecha de la próxima reunión	**28**	**De**	**febrero**	**de**	**2025**

Para constancia de lo anterior, firman la presente acta los que en ella intervinieron a los (31)				
TREINTA Y UNO	días del mes de	ENERO	de	**2025**



ANGELA VICTORIA HERNÀNDEZ VERGARA
Supervisor o Interventor



CAMILA ANDREA PEÑA OJEDA
Contratista

Medellín, 03 de enero de 2025

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A..

CERTIFICA:

Que CAMILA PEÑA identificado(a) con cédula de ciudadanía 1001818580 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 04/01/2025 **Fecha fin cobertura:** 30/04/2025

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

AREA METROPOLITANA DE BARRANQUILLA N800055568

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
1841201 - ACTIVIDADES EJECUTIVAS DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, INCLUYE EL DESEMPEÑO DE LAS FUNCIONES GUBERNAMENTALES DE CARÁCTER EJECUTIVO, DESARROLLADAS POR LOS ÓRGANOS Y ORGANISMOS CENTRALES, REGIONALES Y LOCALES

CLASE DE RIESGO: 1 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 0.522%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - PRINCIPAL

CLASE: 1 **PORCENTAJE:** 0.522% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
1841201 - ACTIVIDADES EJECUTIVAS DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, INCLUYE EL DESEMPEÑO DE LAS FUNCIONES GUBERNAMENTALES DE CARÁCTER EJECUTIVO, DESARROLLADAS POR LOS ÓRGANOS Y ORGANISMOS CENTRALES, REGIONALES Y LOCALES

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
1841201 - ACTIVIDADES EJECUTIVAS DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, INCLUYE EL DESEMPEÑO DE LAS FUNCIONES GUBERNAMENTALES DE CARÁCTER EJECUTIVO, DESARROLLADAS POR LOS ÓRGANOS Y ORGANISMOS CENTRALES, REGIONALES Y LOCALES

CODIGO DE ACTIVIDAD: 1841201

CLASE DE RIESGO: 1 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 0.522%

Su pago lo debe realizar con riesgo 1 (0.522 %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C723039072500354894

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 03/01/2025 3.14 PM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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 **CAMILA ANDREA PEÑA OJEDA** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1001818580** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1001818580
NOMBRES Y APELLIDOS	CAMILA ANDREA PEÑA OJEDA
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	01/08/2024
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	353
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	45

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **02/01/2025**

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) **PEÑA OJEDA CAMILA ANDREA** identificado(a) con **CC** número **1.001.818.580** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 04 de septiembre de 2018 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 02 de enero de 2025.

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

2025010216244

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1001818580
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CAMILA ANDREA PENA OJEDA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BARRANQUILLA	DEPARTAMENTO:	ATLANTICO
DIRECCIÓN:	CRA 5 #22	TELÉFONO:	3002657
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**7952240239**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	diciembre AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	diciembre AÑO 2024
DÍAS DE MORA:		10			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/01/31	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1232310142

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	$ 384.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.500	$ 0	$ 384.000	$ 2.500	$ 386.500
SUBTOTALES:										**$ 384.000**	**$ 2.500**	**$ 386.500**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 300.000	$ 0	$ 1.900	$ 0	$ 300.000	$ 1.900	$ 0	$ 301.900
SUBTOTALES:													**$ 300.000**	**$ 1.900**	**$ 0**	**$ 301.900**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 12.600	$ 12.600	$ 100	$ 0	$ 12.700
SUBTOTALES:									**$ 12.600**	**$ 100**	**$ 0**	**$ 12.700**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																					PARAFISCALES									
																										PENSIÓN									SALUD						ARP																			
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1001818580	PEÑA OJEDA CAMILA ANDREA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 2.400.000				NO																	230201-PROTECCION	30	$ 2.400.000	$ 384.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 384.000	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 2.400.000	$ 300.000	$ 0	$ 300.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 2.400.000	100181858	$ 12.600		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 701.100**



Lunes, 27 de Enero de 2025

Regresar Menú Rentas | Nueva Búsqueda

Datos Básicos del Recibo de Pago

No. Documento:	**20250002523**
Fecha Emisión:	24/01/2025
Identificación:	1001818580
Declarante:	CAMILA ANDREA PEÑA OJEDA
Vigencia:	2025
Periodo Liquidación:	1
Impuesto:	ESTAMPILLA ADULTO MAYOR
Acto:	ESTAMPILLA ADULTO MAYOR
Base Gravable:	$ 18.266.667
Fecha Pago:	27/01/2025
Monto Pagado:	$ 457.000
Banco Recaudador:	BANCO DAVIVIENDA
No. de Soporte:	20250008
Asociada Entidad:	INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB
Estado:	**VALIDACION CORRECTA DEL IMPUESTO**



Lunes, 27 de Enero de 2025

Regresar Menú Rentas | Nueva Búsqueda

Datos Básicos del Recibo de Pago

No. Documento:	**20250002525**
Fecha Emisión:	24/01/2025
Identificación:	1001818580
Declarante:	CAMILA ANDREA PEÑA OJEDA
Vigencia:	2025
Periodo Liquidación:	1
Impuesto:	ESTAMPILLA PROCULTURA OTROS
Acto:	ESTAMPILLA PROCULTURA OTROS
Base Gravable:	$ 18.266.667
Fecha Pago:	27/01/2025
Monto Pagado:	$ 91.000
Banco Recaudador:	BANCO DAVIVIENDA
No. de Soporte:	20250008
Asociada Entidad:	INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB
Estado:	**VALIDACION CORRECTA DEL IMPUESTO**



Lunes, 27 de Enero de 2025

Regresar Menú Rentas | Nueva Búsqueda

Datos Básicos del Recibo de Pago

No. Documento:	**20250002524**
Fecha Emisión:	24/01/2025
Identificación:	1001818580
Declarante:	CAMILA ANDREA PEÑA OJEDA
Vigencia:	2025
Periodo Liquidación:	1
Impuesto:	ESTAMPILLA ITSA
Acto:	ESTAMPILLA ITSA
Base Gravable:	$ 18.266.667
Fecha Pago:	27/01/2025
Monto Pagado:	$ 55.000
Banco Recaudador:	BANCO DE OCCIDENTE
No. de Soporte:	20250008
Asociada Entidad:	INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB
Estado:	**VALIDACION CORRECTA DEL IMPUESTO**

Certificado Bancario

Jueves, 2 de enero de 2025

A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que CAMILA ANDREA PEÑA OJEDA identificado(a) con CC 1001818580, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	69200000370	2020/09/08	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 DECLARACION JURAMENTADA CONTRATISTA

Barranquilla, **23 DE ENERO**

DE 2025

Señores:

INSTITUCIÓN 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.

FIRMA



CAMILA ANDREA PEÑA OJEDA
C.C. 1.001.818.580