INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB

Nit. 802.011.065-5

DEBE A

Daniela Bautista De alba Anillo

VALOR DEL PAGO MENSUAL: Un millón ciento noventa y cuatro mil ciento cincuenta y cinco pesos M/L ($1,194,155)

OBJETO DEL CONTRATO: Prestación de Servicios de apoyo a la gestión.

PERIODO: PRIMER PAGO 20250166

No. Contrato: 20250166 **No. CDP:** 250080 **No. RP:** 250121

No. CTA PARA A CONSIGNAR: Cuenta de Ahorros número 488411908053 del Banco Davivienda.

Barranquilla, 31 de enero 2025

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA
Rad: 250181 **Fecha:** 10/02/2025 **Hora:** 10:54:15
Asunto: CUENTA DE COBRO 20250166 PRIMER PAGO
Anexos: 9 FOLIOS
Remite: DANIELA BAUTISTA DE ALBA ANILLO
Destino: RODOLFO JOSE GONZALEZ PULIDO

Daniela De alba A

DANIELA BAUTISTA DE ALBA ANILLO
CC. No. 1.143.170.571
Celular: 3135131219
Correo: dbdealba@hotmail.com

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

	INFORME DE SEGUIMIENTO DE INTERVENTORÍA O SUPERVISIÓN DE PROVEEDOR O CONTRATISTA	FR-JUR-02-V13 Vigencia: 15/12/2022 Pág. 1 de 5

Fecha:	**31**	**de**	**enero**	**de**	**2025**

Acta de recibo Inicial _X_ Parcial __Final _

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO	
Contrato número:	20250166
Tipo de contrato:	Prestación de servicio de apoyo a la gestión
Nombre de Contratista:	Daniela Bautista De alba anillo
Objeto del contrato: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB	

Valor del contrato:	$ 14,221,307			**RP Número:**	250121
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 DE INVESTIGACIÓN Y EXTENSIÓN
Plazo del contrato:	**Fecha de inicio:**	**30 de enero de 2025**		**Fecha de finalización:**	**31 de mayo del 2025**
Suspensión de contrato: (Si aplica)	**Fecha de suspensión:**	N/A		**Fecha de reinicio:**	N/A

INFORMACIÓN ADICIONAL DEL CONTRATO	
Adicional al contrato número:	
Tipo de contrato:	
Nombre de Contratista:	
Objeto del contrato:	

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:**	N/A		**Fecha de reinicio:**	N/A

INFORMACIÓN DEL PAGO	
Valor a Pagar Parcial: Un millón ciento noventa y cuatro mil ciento cincuenta y cinco pesos M/L ($1,194,155)	
Periodo al que corresponde el pago:	Primer pago 20250166

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%**		CERTFICADO
Pensión	**16%**		CERTFICADO
ARL			CERTFICADO

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

CONTRATO		20250166		
PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES	**BASE GRAVABLE**	**N° Recibo Pago**	**Valor Pagado**	**Fecha de Pago**
Estampilla ITSA	$14.221.307	20250006399	43.000	05/02/2025
Estampilla Pro – Dotación	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	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:	Daniela Bautista De alba Anillo		
Lugar donde se realiza la reunión	**Oficina de VEI**		
Hora de inicio (a.m./p.m.)	**10am**	**Hora de finalización (a.m./p.m.)**	**11am**

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

Actividad /Compromiso	Justificación / Observación
Atender las actividades administrativas y comerciales derivadas de las actividades de extensión y emprendimiento.	Se Atendió las actividades administrativas y comerciales derivada de las actividades de extensión y emprendimiento.
Utilizar los documentos y con su debida implementación de acuerdo con lo establecido con el proceso de calidad en la unidad de extensión y emprendimiento, así mismo en el sistema triple A y en otras plataformas que utilice la institución.	Se utilizo los documentos y con su debida implementación de acuerdo con lo establecido con el proceso de calidad en la unidad de extensión y emprendimiento, así mismo en el sistema triple A y en otras plataformas que utilice la institución.
Apoyar en las actividades de gestión de comunicación que contribuyan a la promoción y el posicionamiento de extensión y emprendimiento	Se Apoyo en las actividades de gestión de comunicación que contribuyan a la promoción y el posicionamiento de extensión y emprendimiento
Desde sus actividades realizar y entregar reportes estadísticos derivados del proceso de las actividades de extensión y emprendimiento.	realice y entregue reportes estadísticos derivados del proceso de las actividades de extensión y emprendimiento.
Asegurar la adecuada ejecución de los programas de extensión, proyectos de extensión, educación continuada y asegurar los requerimientos del cliente que se realice de manera presencial, remota y/o semipresencial	Se Aseguro la adecuada ejecución de los programas de extensión, proyectos de extensión, educación continuada y asegurar los requerimientos del cliente que se realice de manera presencial, remota y/o semipresencial
Apoyar al proceso de extensión y emprendimiento en el proceso de contratación, seguimiento y control del personal, que ejecuta los procesos y de proveedores.	Se Apoyo al proceso de extensión y emprendimiento en el proceso de contratación, seguimiento y control del personal, que ejecuta los procesos y de proveedores.
Cumplir con los lineamientos establecidos por el Sistema de gestión de la Calidad, Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, el Sistema de Control Interno y el Sistemas internos de Aseguramiento de la Calidad Académica en la IUB, de acuerdo con los lineamientos Institucionales y la Normatividad Legal vigente.	Se Cumplió con los lineamientos establecidos por el Sistema de la Calidad, Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, el Sistema de Control Interno y el Sistemas internos de Aseguramiento de la Calidad Académica en la IUB, de acuerdo con los lineamientos Institucionales y la Normatividad Legal vigente.

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___

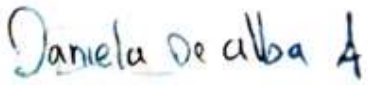
COMPROMISOS ADQUIRIDOS EN LA INTERVENTORÍA O SUPERVISIÒN		
Compromiso	**Fecha de entrega**	**Responsable**

Fecha de la próxima reunión	**20**	**De**	**febrero**	**de**	**2025**

Para constancia de lo anterior, firman la presente acta los que en ella intervinieron a los (31)				
Treinta y un	días del mes de	Enero	de	2025



Lorenzo Zanello
Supervisor o Interventor



Daniela Bautista De alba Anillo
Contratista



MiÃ©rcoles, 5 de Febrero de 2025

Regresar Menú Rentas | Nueva Búsqueda

Datos Básicos del Recibo de Pago

No. Documento:	**20250006399**
Fecha Emisión:	05/02/2025
Identificación:	1143170571
Declarante:	DANIELA BAUTISTA DE ALBA ANILLO
Vigencia:	2025
Periodo Liquidación:	1
Impuesto:	ESTAMPILLA ITSA
Acto:	ESTAMPILLA ITSA
Base Gravable:	$ 14.221.307
Fecha Pago:	05/02/2025
Monto Pagado:	$ 43.000
Banco Recaudador:	BANCO DE OCCIDENTE
No. de Soporte:	20250166
Asociada Entidad:	INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB
Estado:	**VALIDACION CORRECTA DEL IMPUESTO**

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Daniela Bautista De Alba Anillo, identificado(a) con CC número 1143170571, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1143170571
NOMBRES Y APELLIDOS	Daniela Bautista De Alba Anillo
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	22/10/1999
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/12/2019
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	51 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	47 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	19/04/2022
NIVEL SISBEN	1
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 1143170571 DANIELA BAUTISTA DE ALBA ANILLO Desde 15/01/2024 - Vigente

Generado por interfaces 11/01/2025

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) **DE ALBA ANILLO DANIELA BAUTISTA** identificado(a) con **CC** número **1.143.170.571** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 17 de marzo 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 20 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

2025012011341

Medellín, 07 de febrero de 2025

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

CERTIFICA:

Que DANIELA BAUTISTA DE ALBA ANILLO identificado(a) con cédula de ciudadanía 1143170571 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 08/02/2025 **Fecha fin cobertura:** 31/05/2025

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB N802011065

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
1854301 - EDUCACIÓN DE INSTITUCIONES UNIVERSITARIAS O DE ESCUELAS TECNOLÓGICAS, INSTITUCIONES UNIVERSITARIAS O ESCUELAS TECNOLÓGICAS LAS FACULTADAS PARA OFRECER PROGRAMAS DE FORMACIÓN EN OCUPACIONES, PROGRAMAS DE FORMACIÓN ACADÉMICA EN PROFESIONES O DISCIPLINAS Y PROGRAMAS DE ESPECIALIZACIÓN HASTA EL NIVEL DE FORMACIÓN MAESTRÍA; INCLUYE LA ENSEÑANZA QUE OFRECE FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA Y METODOLÓGICA DE UNA PROFESIÓN Y UNA AMPLIA FORMACIÓN PARA LA DIRECCIÓN, EL DISEÑO Y LA GESTIÓN.

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

CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - PRINCIPAL ATLANTICO

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

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
1854301 - EDUCACIÓN DE INSTITUCIONES UNIVERSITARIAS O DE ESCUELAS TECNOLÓGICAS, INSTITUCIONES UNIVERSITARIAS O ESCUELAS TECNOLÓGICAS LAS FACULTADAS PARA OFRECER PROGRAMAS DE FORMACIÓN EN OCUPACIONES, PROGRAMAS DE FORMACIÓN ACADÉMICA EN PROFESIONES O DISCIPLINAS Y PROGRAMAS DE ESPECIALIZACIÓN HASTA EL NIVEL DE FORMACIÓN MAESTRÍA; INCLUYE LA ENSEÑANZA QUE OFRECE FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA Y METODOLÓGICA DE UNA PROFESIÓN Y UNA AMPLIA FORMACIÓN PARA LA DIRECCIÓN, EL DISEÑO Y LA GESTIÓN.

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
1854301 - EDUCACIÓN DE INSTITUCIONES UNIVERSITARIAS O DE ESCUELAS TECNOLÓGICAS, INSTITUCIONES UNIVERSITARIAS O ESCUELAS TECNOLÓGICAS LAS FACULTADAS PARA OFRECER PROGRAMAS DE FORMACIÓN EN OCUPACIONES, PROGRAMAS DE FORMACIÓN ACADÉMICA EN PROFESIONES O DISCIPLINAS Y PROGRAMAS DE ESPECIALIZACIÓN HASTA EL NIVEL DE FORMACIÓN MAESTRÍA; INCLUYE LA ENSEÑANZA QUE OFRECE FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA Y METODOLÓGICA DE UNA PROFESIÓN Y UNA AMPLIA FORMACIÓN PARA LA DIRECCIÓN, EL DISEÑO Y LA GESTIÓN.

CODIGO DE ACTIVIDAD: 1854301

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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:
C10424279932503861838

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: 07/02/2025 5.10 PM

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BARRANQUILLA, **20/01/2025**
ATLANTICO,
COLOMBIA,
A quien interese

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora DANIELA BAUTISTA DE ALBA ANILLO** con **Cédula de Ciudadanía** número **1143170571**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550488411908053**
Fecha de apertura	**14/12/2019**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMATO DECLARACION JURAMENTADA CONTRATISTA

Barranquilla, 30 de enero del 2025

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



_____

Daniela Bautista De alba Anillo
C.C 1143170571 de Barranquilla