**INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA**

Nit. 802.011.065-5

**DEBE A**

**LUZ MAGALY PALACIO GUIZA**

**C.C 1.044.420.500 De Puerto Colombia**

**VALOR DEL PAGO:** $2,273,570 Dos Millones Doscientos Setenta y Tres Mil Quinientos Setenta Pesos M/L

**PERIODO A CANCELAR:** Primer pago 20250729

**OBJETO DEL CONTRATO:** Prestación De Servicios De Apoyo A La Gestión En La Institución Universitaria De Barranquilla - IUB

**No. Contrato:** 20250729 No. **CDP.** 250714 **No. RP. 251725**

**No. CUENTA PARA CONSIGNAR:** *91243932993 Banco Bancolombia*

02 de julio de 2025

**INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA**
**Rad:** 252599 **Fecha:** 04/07/2025 **Hora:** 10:07:33
**Asunto:** CUENTA DE COBRO 20250729 PRIMER PAGO
**Anexos:** 11 FOLIOS
**Remite:** LUZ MAGALY PALACIO GUIZA
**Destino:** RODOLFO JOSE GONZALEZ PULIDO

LUZ MAGALY PALACIO GUIZA

**LUZ MAGALY PALACIO GUIZA**
C.C 1.044.420.500 de Puerto Colombia
Celular. 3217676737
Correo: enermeria1@unibarranquilla.edu.co

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

| Fecha: | 02 | de | Julio | del | 2025 |
|---|---|---|---|---|---|

**Acta de recibo Inicial _X_ Parcial __ Final __**

| INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO | |
|---|---|
| **Contrato número:** | 20250729 |
| **Tipo de contrato:** | PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN |
| **Nombre de Contratista:** | LUZ MAGALY PALACIO GUIZA |
| **Objeto del contrato:** PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA IUB. | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Valor del contrato:** | $6.820.711 SEIS MILLONES OCHOCIENTOS VEINTE MIL SETECIENTOS ONCE PESOS M/L | | | **RP Número:** | 251725 |
| **Rubro:** | 2.1.2.02.02.009 – SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PERSONALES | **Fuente de Financiación:** | RECURSOS PROPIOS | **Centro de Costo:** | RECTORIA |
| **Plazo del contrato:** | **Fecha de inicio:** | 19/06/2025 | | **Fecha de finalización:** | 31/08/2025 |
| **Suspensión de contrato: (Si aplica)** | **Fecha de suspensión:** | | | **Fecha de reinicio:** | |

| 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:** | | | **Fecha de reinicio:** | |

| INFORMACIÓN DEL PAGO | |
|---|---|
| **Valor a Pagar Inicial:** $2,273,570 | |
| **Periodo al que corresponde el pago:** | Primer pago **contrato 20250729** |

| **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** | | | | |
| **Cumplimiento** | | | | |
| **Anticipo** | | | | |
| **Pago anticipado** | | | | |
| **Calidad y correcto funcionamiento de los bienes y equipos suministrados** | | | | |
| **Salarios y prestaciones** | | | | |
| **Responsabilidad Civil Extracontractual** | | | | |
| **Otros** | | | | |

| **ACREDITACION PAGOS APORTES (Persona Natural)** | **BASE GRAVABLE 40% DEL VALOR DEL CONTRATO** | | **APORTE CORRESPONDIENTE AL MES DE:** |
|---|---|---|---|
| **Salud** | **12.5%** | $ 228,600 | MAYO |
| **Pensión** | **16%** | $ 178,600 | MAYO |
| **ARL** | | $ 7,600 | MAYO |

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

| **CONTRATO** | | 20250729 | | |
|---|---|---|---|---|
| **PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES** | **BASE GRAVABLE** | N° Recibo Pago | **Valor Pagado** | **Fecha de Pago** |
| **Estampilla ITSA** | $6.820.711 | 20250055552 | $ 20.000 | 25/06/2025 |
| **Estampilla Pro – Dotación (Tercera Edad)** | | | | |
| **Estampilla Pro-Cultura** | | | | |
| **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):** | ARCESIO JULIANCASTRO AGUDELO | | |
| **Por parte del contratista:** | LUZ MAGALY PALACIO GUIZA | | |
| **Lugar donde se realiza la reunión** | OFICINA DE BIENESTAR INSTITUCIONAL | | |
| **Hora de inicio (a.m./p.m.)** | 08:00 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 |
|---|---|
| 1. Apoyar como auxiliar de enfermería en la atención a la comunidad académica. | Se prestó apoyo como auxiliar de enfermería en la atención a la comunidad académica. |
| 2. Apoyar como auxiliar de enfermería en las actividades de valoración de deportistas y artistas. | Estas se realizan cuando los deportistas o artistas van a salir a competencias externas y los nuevos ingresos a las diferentes disciplinas deportivas, de arte y música Se realizarán cuando sean remitidos por los docentes de estas disciplinas. |
| 3. Apoyar en la planeación y ejecución de charlas informativas sobre el uso del seguro estudiantil contra accidentes. | Se prestó apoyo en la realización de charlas informativas sobre el uso del seguro estudiantil contra accidentes |
| 4. Apoyar en la planeación, ejecución y seguimiento del programa de promoción y prevención en salud y estilos de vida saludable (talleres, actividades, jornadas y valoraciones). | Se prestó apoyo en la planeación, ejecución y seguimiento del programa de promoción y prevención en salud y estilos de vida saludable (talleres, actividades, jornadas y valoraciones). |
| 5. Apoyar como auxiliar de enfermería en la ejecución y seguimiento en la refrendación de incapacidades médicas. | Se prestó apoyo como auxiliar de enfermería en la ejecución y seguimiento en la refrendación de incapacidades médicas. |
| 6. Realizar informes estadísticos y cuatrimestrales sobre las atenciones realizadas en la línea de acción Salud Integral y Calidad de Vida | Se realizó informes estadísticos y cuatrimestrales sobre las atenciones realizadas en la línea de acción Salud Integral y Calidad de Vida |
| 7. Apoyar como auxiliar de enfermería en la valoración médica de estudiantes. | Se prestó apoyo como auxiliar de enfermería en la valoración médica de estudiantes. |
| 8. Apoyar en la verificación de las pólizas del seguro estudiantil contra accidentes. | Se prestó apoyo en la verificación de las pólizas del seguro estudiantil contra accidentes. |
| 9. Realizar retroalimentación al sistema de Gestión de Información de Bienestar Institucional sobre la atención realizada a la comunidad Académica mensualmente. | Se prestó apoyo en actividades de retroalimentación al sistema de Gestión de Información de Bienestar Institucional sobre la atención realizada a la comunidad académica mensualmente. |

| Actividad /Compromiso | Justificación / Observación |
|---|---|
| 10. Aplicar la encuesta de satisfacción al cliente de las actividades y servicios ofertados en la línea de atención de Salud Integral y Calidad de Vida. | Se prestó apoyo en la aplicación de la encuesta de satisfacción al cliente de las actividades y servicios ofertados en la línea de atención de Salud Integral y Calidad de Vida. |
| 11. Apoyar en las diferentes actividades del proceso de Gestión de Bienestar Institucional. | Se prestó apoyo en las diferentes actividades del proceso de Gestión de Bienestar Institucional. |
| 12. El contratista se compromete a mantener la información confidencial entregada en estricta reserva y no revelar ningún dato de la información sin el consentimiento previo del contratante. | Se mantuvo la información confidencial entregada en estricta reserva y no se revelo ningún dato de la información sin el consentimiento previo del contratante. |
| 13. Asistir a las reuniones que convoque el supervisor del contrato. | Se asiste cuando se convoca. |
| 14. Cumplir con los lineamientos establecidos por el Sistema de Gestión de la Calidad Institucional. | Se cumplió con los lineamientos establecidos por el sistema de gestión de la calidad institucional. |
| 15. Encontrarse al día en el pago de los aportes a seguridad social durante la ejecución del contrato. | Se encuentra al día con el pago de los aportes a seguridad social durante la ejecución del contrato. |
| 16. Presentar informe mensual dirigido al supervisor del contrato, en donde se consignen las diferentes actividades realizadas en la ejecución del objeto contractual de acuerdo a modelo suministrado. | Se presentó informe mensual dirigido al supervisor del contrato, en donde se consignan las diferentes actividades realizadas en la ejecución del objetivo contractual de acuerdo a modelos suministrado. |
| 17. Realizar la legalización del contrato dentro de los cinco (5) días siguientes a la suscripción del mismo. | Se realizó la legalización del contrato dentro de los cinco (5) días siguientes a la suscripción del mismo. |

**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** | 21 | **De** | junio | **de** | 2025 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Para constancia de lo anterior, firman la presente acta los que en ella intervinieron a los (02) | | | | |
| Dos | días del mes de | julio | de | 2025 |

**Arcesio Julián castro Agudelo**
INTERVENTOR o SUPERVISOR

**LUZ MAGALY PALACIO GUIZA**
CONTRATISTA

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 1044420500 | | PALACIO GUIZA LUZ MAGALY | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CL 45 B 7F 25 | BARRANQUILLA-ATLANTICO | 3217676737 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-05 | 2025-05 | 1540705157 | 9486118722 | I | 2025/06/04 | 2025/06/09 | NEQUI | 5 | $414,800 |

**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)** | | | | | $1,423,500 | $227,800 | | | $1,423,500 | $178,000 | | | $0 | $0 | | | $1,423,500 | $7,500 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $1,423,500 | $227,800 | | | $1,423,500 | $178,000 | | | $0 | $0 | | | $1,423,500 | $7,500 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO ( 1 Afiliados) | | | | | $1,423,500 | $227,800 | | | $1,423,500 | $178,000 | | | $0 | $0 | | | $1,423,500 | $7,500 | | $0 | $0 |
| 1 | CC 1044420500 | PALACIO LUZ | 230301 | 30 | $1,423,500 | $227,800 | EPS002 | 30 | $1,423,500 | $178,000 | | 0 | $0 | $0 | 14-11 | 30 | $1,423,500 | $7,500 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | $1,423,500 | $227,800 | | | $1,423,500 | $178,000 | | | $0 | $0 | | | $1,423,500 | $7,500 | | $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 1044420500 | | PALACIO GUIZA LUZ MAGALY | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CL 45 B 7F 25 | BARRANQUILLA-ATLANTICO | 3217676737 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-05 | 2025-05 | 1540705157 | 9486118722 | I | 2025/06/04 | 2025/06/09 | NEQUI | 5 | $414,800 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $227,800 | $800 | $0 | $228,600 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $227,800 | $800 | $0 | $228,600 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $7,500 | $100 | $0 | $7,600 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $7,500 | $100 | $0 | $7,600 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $178,000 | $600 | $0 | $178,600 |
| SALUD TOTAL | EPS002 | 800,130,907 | 4 | 1 | $178,000 | $600 | $0 | $178,600 |
| **TOTAL** | | | | **1** | **$413,300** | **$1,500** | **$0** | **$414,800** |

## DISTRITO ESPECIAL, INDUSTRIAL Y PORTUARIO DE BARRANQUILLA

**SOY BARRANQUILLA BAQ**

**GERENCIA DE GESTION DE INGRESOS**

RECIBO OFICAL DE PAGO DE INGRESOS TRIBUTARIOS Y NO TRIBUTARIOS

VR.202409009.JPC.00.00.01

Usuario NGUTIERREZC

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Declarante: | C 1044420500 LUZ MAGALY PALACIO GUIZA | Fecha Emision: | 25-06-2025 | No. Recibo Pago |
| Asociada: | INSTITUCION UNIVERSITARIA 20250729 | Fecha Vence: | 30-06-2025 | **20250055552** |

RENT/SERV: 95 ESTAMPILLA ITSA — Base / Cantidad **6,820,711**

| Concepto | Descripcion Concepto | Tarifa | Banco | Numero Cuenta | Total Concepto |
|---|---|---|---|---|---|
| C95 | ESTAMPILLA ITSA | 0.3% | BANCO DE OCCIDENTE | 800-95494-3 | $20,000 |

CONTRIBUYENTE

* Interes de moratorios calculados desde fecha suscripción 19/06/2025 hasta 30/06/2025, sobre una estampilla por valor de: $20,000

Valor Total a Pagar: **$20,000**

(415)7707277260214(8020)020250055552(3900)00000000020000(96)20250630

**CHEQUE DE GERENCIA A NOMBRE DE FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A NIT 860.525.148-5**


## DISTRITO ESPECIAL, INDUSTRIAL Y PORTUARIO DE BARRANQUILLA

**SOY BARRANQUILLA BAQ**

**GERENCIA DE GESTION DE INGRESOS**

RECIBO OFICAL DE PAGO DE INGRESOS TRIBUTARIOS Y NO TRIBUTARIOS

Usuario NGUTIERREZC

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Declarante: | C 1044420500 LUZ MAGALY PALACIO GUIZA | Fecha Emision: | 25-06-2025 | No. Recibo Pago |
| Asociada: | INSTITUCION UNIVERSITARIA 20250729 | Fecha Vence: | 30-06-2025 | **20250055552** |

RENT/SERV: 95 ESTAMPILLA ITSA — Base / Cantidad **6,820,711**

| Concepto | Descripcion Concepto | Tarifa | Banco | Numero Cuenta | Total Concepto |
|---|---|---|---|---|---|
| C95 | ESTAMPILLA ITSA | 0.3% | BANCO DE OCCIDENTE | 800-95494-3 | $20,000 |

DISTRITO

* Interes de moratorios calculados desde fecha suscripción 19/06/2025 hasta 30/06/2025, sobre una estampilla por valor de: $20,000

Valor Total a Pagar: **$20,000**

(415)7707277260214(8020)020250055552(3900)00000000020000(96)20250630

**CHEQUE DE GERENCIA A NOMBRE DE FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A NIT 860.525.148-5**

## DISTRITO ESPECIAL, INDUSTRIAL Y PORTUARIO DE BARRANQUILLA

**SOY BARRANQUILLA BAQ**

**GERENCIA DE GESTION DE INGRESOS**

RECIBO OFICAL DE PAGO DE INGRESOS TRIBUTARIOS Y NO TRIBUTARIOS

Usuario NGUTIERREZC

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Declarante: | C 1044420500 LUZ MAGALY PALACIO GUIZA | Fecha Emision: | 25-06-2025 | No. Recibo Pago |
| Asociada: | INSTITUCION UNIVERSITARIA 20250729 | Fecha Vence: | 30-06-2025 | **20250055552** |

RENT/SERV: 95 ESTAMPILLA ITSA — Base / Cantidad **6,820,711**

| Concepto | Descripcion Concepto | Tarifa | Banco | Numero Cuenta | Total Concepto |
|---|---|---|---|---|---|
| C95 | ESTAMPILLA ITSA | 0.3% | BANCO DE OCCIDENTE | 800-95494-3 | $20,000 |

BANCO

* Interes de moratorios calculados desde fecha suscripción 19/06/2025 hasta 30/06/2025, sobre una estampilla por valor de: $20,000

Valor Total a Pagar: **$20,000**

(415)7707277260214(8020)020250055552(3900)00000000020000(96)20250630

**CHEQUE DE GERENCIA A NOMBRE DE FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A NIT 860.525.148-5**




Jueves, 26 de Junio de 2025

**Regresar Menú Rentas | Nueva Búsqueda**

## Datos Básicos del Recibo de Pago

| | |
|---|---|
| **No. Documento:** | **20250055552** |
| **Fecha Emisión:** | 25/06/2025 |
| **Identificación:** | 1044420500 |
| **Declarante:** | LUZ MAGALY PALACIO GUIZA |
| **Vigencia:** | 2025 |
| **Periodo Liquidación:** | 1 |
| **Impuesto:** | ESTAMPILLA ITSA |
| **Acto:** | ESTAMPILLA ITSA |
| **Base Gravable:** | $ 6.820.711 |
| **Fecha Pago:** | 25/06/2025 |
| **Monto Pagado:** | $ 20.000 |
| **Banco Recaudador:** | BANCO DE OCCIDENTE |
| **No. de Soporte:** | 20250729 |
| **Asociada Entidad:** | INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB |
| **Estado:** | **VALIDACION CORRECTA DEL IMPUESTO** |

# Certificación Bancaria

Martes, 01 de julio de 2025

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que LUZ MAGALY PALACIO GUIZA identificado(a) con CC 1044420500, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

| Producto | No. Producto | Fecha Apertura aaaa-mm-dd | Estado | Saldo |
|---|---|---|---|---|
| Cuenta Ahorros / A la mano | 91243932993 | 2022-10-26 | ACTIVO | ***** |

***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 a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 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.

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

Bancolombia

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com.co

**FORMATO DECLARACION JURAMENTADA CONTRATISTA**

Barranquilla, 19 de junio 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.

Luz Magaly Palacio Guiza

Luz Magaly Palacio Guiza
CC 1.044.420.500 De Puerto Colombia