INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA

Nit. 802.011.065-5

DEBE A

JESUS DAVID CASTILLO VELASQUEZ

VALOR DEL PAGO MENSUAL: DOS MILLONES DE PESOS MONEDA LEGAL ($2.000.000).

PERIODO A CANCELAR: Primer pago contrato 20250793

OBJETO DEL CONTRATO: Prestación de Servicios de Apoyo a la Gestión en la Institución Universitaria de Barranquilla.

No. Contrato. 20250793 **No. CDP.** 250655 **No. RP. 252151**

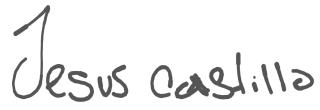
No. CUENTA PARA CONSIGNAR: Cuenta de ahorro No. 37146371 del Banco Nu. C.F.

Correo electrónico: velasquezjesus101@gmail.com

Número de teléfono: 3006527411

Barranquilla, **29** de julio de 2025.

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA
Rad: 253177 **Fecha:** 30/07/2025 **Hora:** 14:28:57
Asunto: CUENTA DE COBRO 2025793 PRIMER PAGO
Anexos: 15 FLIOS
Remite: JESUS DAVID CASTILLO VELASQUEZ
Destino: RODOLFO JOSE GONZALEZ PULIDO



Jesus David Castillo Velasquez
C.C.: 1192925438 de copacabana
Celular: 3006527411
Correo: velasquezjesus101@gmail.com

Fecha:	**29**	**de**	**julio**	**de**	**2025**

Acta de recibo Inicial _x_ Parcial __ Final __

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO	
Contrato número:	20250793
Tipo de contrato:	Prestación de Servicios Profesionales
Nombre de Contratista:	Jesus David Castillo Velasquez
Objeto del contrato: Prestación de Servicios Profesionales en la Institución Universitaria de Barranquilla IUB	

Valor del contrato:	SEIS MILLONES DE PESOS MONEDA LEGAL ($6.000.000)			**RP Número:**	252151
Rubro:	**2.1.2.0.2.0.2.0.0.8 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:**	21-07-2025		**Fecha de finalización:**	**31/08/2025**
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:	**NA**	**Valor Total Del Contrato**	**NA**	**RP Número:**	**NA**
Rubro:	**NA**	**Fuente de Financiación:**	**NA**	**NA**	**NA**
Plazo del contrato:	**Fecha de inicio:**	**NA**		**Fecha de finalización:**	**NA**
Suspensión de contrato: (Si aplica)	**Fecha de suspensión:**	N/A		**Fecha de reinicio:**	N/A

INFORMACIÓN DEL PAGO
Valor a Pagar Parcial: DOS MILLONES DE PESOS MONEDA LEGAL ($2.000.000).

Periodo al que corresponde el pago:	**Primer pago contrato 20250793**

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%**	N.A	Certificado afiliación
Pensión	**16%**	N.A	Certificado afiliación
ARL	**0.522%**	N.A	Certificado afiliación

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

CONTRATO		**20250793**		
PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES	**BASE GRAVABLE**	**N° Recibo Pago**	**Valor Pagado**	**Fecha de Pago**
Estampilla ITSA	$6.000.000	20250065647	**$ 18.000**	**28/07/25**
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):	Carolina Monsalve Pabón		
Por parte del contratista:	Jesús David Castillo Velasquez		
Lugar donde se realiza la reunión	**Oficina de Planeación**		
Hora de inicio (a.m./p.m.)	10:00 a.m	**Hora de finalización (a.m./p.m.)**	**11:00 a.m**

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

Actividad /Compromiso	**Justificación / Observación**
Apoyar en la construcción, registros, seguimiento y actualización de las plantillas de horarios académicos cuatrimestrales	Se participó en la recolección y consolidación de datos académicos para la construcción inicial de las plantillas. Se registraron horarios en el sistema institucional, se hizo seguimiento a las observaciones recibidas por parte de los programas y se realizaron actualizaciones conforme a ajustes solicitados por las facultades.
Apoyar el registro, revisión y ajuste de las asignaciones académicas en los documentos de seguimiento, el sistema institucional y las plantillas de horarios.	Se colaboró en la carga y verificación de asignaciones académicas en el sistema. Se contrastó la información con los documentos de respaldo, se revisaron inconsistencias y se hicieron los ajustes necesarios en las plantillas para mantener la coherencia con la planeación académica.

Apoyar en la revisión y ajustes de la proyección académica cuatrimestral, asegurando el correcto registro de los grupos de primer ingreso y la continuidad estudiantil, con el fin de optimizar la planeación de los horarios académicos.	Se verificaron los datos proyectados para cada programa, asegurando la inclusión de los grupos de primer ingreso y la correcta continuidad de los cursos avanzados. Se realizaron ajustes a los grupos y se reportaron novedades para mantener la consistencia del plan académico y facilitar la generación de horarios.
Apoyar en el seguimiento y control de la estructuración de la proyección académica a nivel de módulos por programa, en coordinación con las Facultades y unidad de Idiomas, para la adecuada asignación de horarios y recursos físicos.	Se asistió en la coordinación interfacultades para revisar la programación modular. Se revisó que la secuencia de los módulos respondiera a las necesidades formativas y se ajustaron tiempos y espacios físicos disponibles. Se mantuvo comunicación directa con Idiomas y planeación para asegurar una asignación eficiente.
Apoyar en la optimización del sistema de solicitudes y asignación de recursos físicos, a través de la herramienta Mi Espacio.	Se monitoreó el uso de la herramienta Mi Espacio, identificando errores o duplicidades en las solicitudes. Se colaboró en la asignación oportuna de espacios según la disponibilidad y se resolvieron conflictos presentados por cruce de horarios o requerimientos simultáneos.
Apoyar en la elaboración de informes sobre el uso de infraestructura física, tecnológica y deportiva.	Se recolectaron datos mensuales del uso de los distintos espacios físicos y tecnológicos. Se analizaron tendencias de uso y disponibilidad, y se elaboraron informes con indicadores clave para la toma de decisiones sobre la gestión de estos recursos.

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: 4,5

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

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

Para constancia de lo anterior, firman la presente acta los que en ella intervinieron a los (21)				
Veintiún	días del mes de	Julio	de	2025

Carolina Monsalve Pabón
Supervisor del Contrato

Jesús David Castillo Velásquez
Contratista

Comprobante Transacción

Razón Social:Alcaldía Distrital de Barranquilla
NIT:890102018-1
Estado:APROBADA
Motivo:00 - Aprobada
Franquicia:Débito a cuentas corrientes y ahorros (PSE)
Fecha y Hora:2025-07-28 15:22:57
Banco:NU
Autorización / CUS:1658733652
Recibo:1691989644
Referencia Pago:20250065647
Moneda:COP
Valor Pagado:18000
Descripción:ESTAMPILLA ITSA
Cliente:jesus david castillo velasquez
Email:velasquezjesus101@gmail.com
IP Cliente:10.10.103.217

Si tiene alguna inquietud contáctenos al teléfono (57)(5)3399124 o vía email pagoselectronicos@barranquilla.gov.co



Lunes, 28 de Julio de 2025

Regresar Menú Rentas | Nueva Búsqueda

Datos Básicos del Recibo de Pago

No. Documento:	**20250065647**
Fecha Emisión:	28/07/2025
Identificación:	1192925438
Declarante:	JESUS DAVID CASTILLO VELASQUEZ
Vigencia:	2025
Periodo Liquidación:	1
Impuesto:	ESTAMPILLA ITSA
Acto:	ESTAMPILLA ITSA
Base Gravable:	$ 6.000.000
Fecha Pago:	28/07/2025
Monto Pagado:	$ 18.000
Banco Recaudador:	BANCO DE OCCIDENTE
No. de Soporte:	CO1.SLCNTR.15374220, CONTRATO SECOP: 20250793
Asociada Entidad:	INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB
Estado:	**VALIDACION CORRECTA DEL IMPUESTO**

EPS | Cajacopi
Cuida de ti

CERTIFICADO DE AFILIACION DE CAJACOPI EPS SAS

Se certifica que CASTILLO VELASQUEZ JESUS DAVID identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANÍA número 1192925438 , se encuentra registrado(a), con la siguiente información:

TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACION:	CC-1192925438
NOMBRES Y APELLIDOS:	CASTILLO VELASQUEZ JESUS DAVID
TIPO DE AFILIADO:	CABEZA DE FAMILIA
ESTADO DE AFILIACIÓN:	ACTIVO
FECHA DE INGRESO A CAJACOPI EPS SAS:	01/08/2022
FECHA RETIRO CAJACOPI EPS SAS:	
DISCAPACIDAD:	NINGUNA
REGIMEN:	SUBSIDIADO
NIVEL:	2
MUNICIPIO / DEPARTAMENTO:	CARTAGENA / BOLIVAR

SUBGERENTE NACIONAL DE OPERACIONES
Fecha de generacion: 02/07/2025
Codigo de verificacion: AFAF202200001096467
Generado por: usuweb

ESTE DOCUMENTO NO ES VALIDO PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADO

Línea nacional: 018000111446
Correo: contacto@cajacopieps.com
www.cajacopieps.com

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.
NIT. 800.088.702-2

EPS | sura

I. DATOS DEL TRÁMITE

No. U 27411707

Fecha de Radicación (a registrar por la EPS) D D M M A A A A

1. Tipo de Trámite (a registrar por la EPS): A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]

2. Tipo de Afiliación: A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia [X] B. Colectiva [ ] D. Oficio [ ] Beneficiario o afiliado adicional [ ] C. Institucional [ ]

3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Contribución solidaria: Sí [ ] No [ ]

5. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]

6. Código Tipo de Cotizante (Ver tabla de códigos que se encuentra en instructivo de diligenciamiento): 3 — 3 INDEPENDIENTE

7. Código Tipo de Pensionado:

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

8. Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	9. Tipo de doc
CASTILLO	VELÁSQUEZ	JESÚS	DAVID	CC

10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento
1192925438	F [ ] M [X]	Masculino	COL	País COL Departamento Municipio

15. Fecha de nacimiento: 2 1 1 0 2 0 0 0 — **Estado civil**: SOLTERO (A) — **EPS anterior**: CCF055_CAJACOPI

III. DATOS COMPLEMENTARIOS Datos personales

16. Etnia — **17. Comunidad**

18. Discapacidad: Sí [ ] No [X] Categoría — **19. Tiene encuesta SISBÉN**: Sí [ ] No [ ]

20. Clasificación SISBÉN: Nivel / Grupo

21. Grupo de población especial

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL

23. Administradora de Pensiones: ADMINISTRADORA COLOMBIANA

24. Ingreso base de cotización - IBC: 1.423.500

25. Tarifa Contribución Solidaria

26. Residencia Dirección	Teléfono fijo	Teléfono Celular	Correo electrónico
CL 47 B # 26 - 100		3006527411	VELASQUEZJESUS101@GMAIL.COM

Municipio/Distrito	Zona	Localidad/Comuna	Departamento	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
BARRANQUILLA	Cabecera municipal [X] Rural disperso [ ] Centro poblado [ ] Resto rural [ ]		ATLANTICO	2808 IPS VIVA 1A PORTAL

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

27. Apellidos y nombres — Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre — **28. Tipo de doc**

29. Número del documento de identidad — **30. Sexo biológico** F [ ] M [ ] — **31. Sexo identificación** — **32. Nacionalidad** — **33. Lugar de nacimiento** País Departamento Municipio

34. Fecha de nacimiento D D M M A A A A — **Dirección** — **Municipio/Distrito**

Zona Cabecera municipal [ ] Rural disperso [ ] Centro poblado [ ] Resto rural [ ] — **Departamento** — **Código IPS (a registrar por la EPS)** — **Teléfono fijo** — **Teléfono Celular**

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	Primer apellido	Segundo apellido	35. Apellidos y nombres Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo de doc	37. Número de documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico Femenino	39. Sexo biológico Masculino	40. Sexo identificación	41. Lugar de nacimiento País	41. Lugar de nacimiento Departamento	41. Lugar de nacimiento Municipio	42. Fecha de nacimiento D D M M A A A A
B1				X						
B2										
B3										
B4										
B5										

	Datos complementarios 43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN Sí	47. Tiene encuesta SISBÉN No	48. Clasificación SISBÉN Nivel	48. Clasificación SISBÉN Grupo	49. Discapacidad Sí	49. Discapacidad No	49. Discapacidad Categoría	50. Discapacidad permanente Sí	50. Discapacidad permanente No
B1										X			
B2													
B3													
B4													
B5													

	51. Datos de residencia Departamento	Municipio / Distrito	Zona	CM	CP	RD	RR	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC (a registrar por la EPS)
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									

	Dirección	Localidad / Comuna	Correo electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	54.Código de la IPS (a registrar por la EPS)
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de doc	57. Número de documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)

59. Ubicación	Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento

- ORIGINAL -

VIGILADO Supersalud

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.
NIT. 800.088.702-2

EPS | sura

No. U 27411707

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad.
- [ ] 4. Actualización y correción de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código
- [ ] 6. Reporte de pago a través de un tercero. Código
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
- [ ] 11. Inscripción EPS retorno al país.
- [ ] 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 14. Movilidad: [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [X] 15. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen [X] B. Diferente Régimen
- [ ] 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.
- [ ] 17. Reporte del trámite de protección al cesante.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 19. Reporte de la calidad de Pensionado.
- [ ] 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
- [ ] 21. Retiro de Contribución Solidaria.

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de doc	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento	65. EPS anterior
		F [ ] M [ ]		D D M M A A A A	D CCF055_CAJACOPI A

66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
D D M M A A A A	Código 5	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [X] 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [X] 72. Declaración de no intenación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [X] 73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [X] 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades o la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [X] 75. Actuando en nombre propio y de mis beneficiarios, bajo su encargo, autorizo a Suramericana S.A, filiales y subsidiarias a contactarnos para el ofrecimiento de productos y servicios y las demás finalidades contenidas en su política de privacidad, que puede ser consultada en www.epssura.com e igualmente para adelantar los procesos de relacionamiento con el cliente (soportados o no en tecnología), para un abordaje integral con todos los productos y soluciones por nosotros contratadas dentro del grupo de compañías pertenecientes a Suramericana S.A.
- [X] 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto.
- [ ] 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
- [ ] 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del SISBÉN vigente.

- ORIGINAL -

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad

IX. FIRMAS

Jesus C.

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio	Código Asesor

X. ANEXOS

CN RC TI CC PA CE CD SC PT — Cantidad: Total

- [ ] 82. Anexo copia del documento de identidad:
- [ ] 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- [ ] 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 85. Copia de la escritura públicao sentencia judicial que declare divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- [ ] 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

ÁREA EXCLUSIVA SELLO O STICKER

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial	Código del Municipio	Código del departamento	93. Nombre de la institución

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario

96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación
D D M M A A A A	D D M M A A A A

OBSERVACIONES:

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario

EPS

sura

Señor Afiliado:
Con el fin de dar respuesta a la Circular Conjunta Externa 16 de 2013 expedida por el Ministerio de Salud y la Superindencia Nacional de Salud, le solicitamos responder las siguientes preguntas de acuerdo con la lectura previa que usted realizó de la carta de desempeño y derechos y deberes en la cartilla física o cartilla publicada en la página web de **EPS SURA**:

¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	SI
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking? (Ver página 150 de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado)	SI
¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del afiliado?	SI
¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	SI
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	SI

Nombre: JESÚS DAVID CASTILLO VELÁSQUEZ

Cédula: CC1192925438

Firma: Jesus C.

VIGILADO Supersalud

Este documento fue generado con la información registrada el 10/07/2025 18:48:49 para efectos del formulario de afiliación.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1192925438,** *no está registrado/a* en el Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 02 de julio de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 22 de julio de 2025

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

CERTIFICA:

Que JESUS DAVID CASTILLO VELASQUEZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 1192925438 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 23/07/2025 **Fecha fin cobertura:** 30/09/2025

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:
C10424279932520336801

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: 22/07/2025 10.13 AM

FORMATO DECLARACION JURAMENTADA CONTRATISTA

Soledad, 21 de julio de 2025

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 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



Certificado de Cuenta

Nu Compañía de Financiamiento S.A., NIT 901.658.107-2

Nombre

Jesús David Castillo Velásquez

Identificación

Cédula de ciudadanía: 1192925438

Cuenta de ahorros

Número de cuenta: 37146371

Estado

Activa

Cliente desde

17 de julio de 2024

Esta certificación fue expedida el 02 de julio de 2025 a solicitud del titular.

Nu Compañía de Financiamiento S.A. asegura la autenticidad de la información aquí contenida y el uso correcto de acuerdo al reglamento de la Cuenta de Ahorros Nu.

Equipo Nu.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Nu Compañía de Financiamiento S.A.

Fogafín Seguridad para tu dinero | Producto protegido por el Seguro de Depósitos www.fogafin.gov.co