**LA INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB**
Nit: 802.011.065−5

**DEBE A**

**LIANA MARGARITA SILVERA DE LA CRUZ**
C.C. 1048065514 de Barranquilla

VALOR DEL PAGO MENSUAL: CUATRO MILLONES DE PESOS MONEDA LEGAL ($4.000.000,00)

**PERIODO DEL CONTRATO:** PRIMER PAGO CONTRATO 20251144

**OBJETO DEL CONTRATO:** LA GESTION EN LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA IUB.

**No. Contrato:** 20251144 **No CDP.** 250977 **No. RP.** 253807

**CONSIGNAR EN CTA DE AHORRO DE BANCO DAVIVIENDA N°0550488451801259**

Barranquilla, 14 de Noviembre de 2025

**INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA**
**Rad:** 254964 **Fecha:** 18/11/2025 **Hora:** 08:40:54
**Asunto:** CUENTA DE COBRO 20251144 PRIMER PAGO
**Anexos:** 14 FOLIOS
**Remite:** LIANA MARGARITA SILVERA DE LA CRUZ
**Destino:** RODOLFO JOSE GONZALEZ PULIDO

**LIANA MARGARITA SILVERA DE LA CRUZ**
**CC. N°1.048.065.514**
**Cel.: 3246603316**
**Correo:**
**lsilvecruz@gmail.com**
**lmargaritasilvera@unibarranquilla.edu.co**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha:** | **14** | **de** | **Noviembre** | **de** | **2025** |

## Acta de recibo Inicial X Parcial __Final___

| **INFORMACIÓNGENERAL DEL CONTRATO** | |
|---|---|
| **Contrato número:** | 20251144 |
| **Tipo de contrato:** | PRESTACIÓN DE SERVICIOS APOYO A LA GESTIÓN EN LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA IUB |
| **Nombre de Contratista:** | LIANA MARGARITA SILVERA DE LA CRUZ |
| **Objeto del contrato:** PRESTACIÓN DE SERVICIOS APOYO A LA GESTIÓN EN LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA IUB | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Valor del contrato:** | $ 12.000.000 | | | **RP Número:** | 253807 |
| **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:** | 4/11/2025 | | **Fecha de finalización:** | 31/12/2025 |
| **Suspensiónde contrato: (Si aplica)** | **Fechade suspensión:** | **N/A** | | **Fechade reinicio:** | **N/A** |

| **INFORMACIÓN ADICIONAL DEL CONTRATO** | |
|---|---|
| **Adicional al contrato número:** | **N/A** |
| **Tipo de contrato:** | **N/A** |
| **Nombre de Contratista:** | **N/A** |
| **Objetodel contrato:** | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Valor del adicional contrato:** | **N/A** | **Valor Total Del Contrato** | **N/A** | **RP Número:** | **N/A** |
| **Rubro:** | **N/A** | **Fuente de Financiación:** | **N/A** | **Centro de Costo:** | **N/A** |
| **Plazo del contrato:** | **Fecha de inicio: N/A** | **N/A** | | **Fecha de finalización:** | **N/A** |
| **Suspensión decontrato: (Si aplica)** | **Fechade suspensión:** | **N/A** | | **Fechade reinicio:** | **N/A** |

| INFORMACIÓN DEL PAGO | |
|---|---|
| **Valor a Pagar Parcial:** CUATRO MILLONES DE PESOS MONEDA LEGAL $4.000.000,00 | |
| **Periodo al que corresponde el pago:** | PRIMER PAGO CONTRATO 20251144 |

**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% | 180.000 | SEPTIEMBRE DEL 2025 |
| Pensión | 16% | $230.400 | SEPTIEMBRE DEL 2025 |
| ARL | 0,522% | $7.600 | SEPTIEMBRE DEL 2025 |

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

| CONTRATO | | 20251144 | | |
|---|---|---|---|---|
| PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES | BASE GRAVABLE | N° Recibo Pago | Valor Pagado | Fecha de Pago |
| Estampilla ITSA | $12.000.000 | 20250104783 | $ 36.000 | 14/11/2025 |
| 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):** | ARCESIO CASTRO AGUDELO | | |
| **Por parte del contratista:** | LIANA MARGARITA SILVERA DE LA CRUZ | | |
| **Lugar donde se realiza la reunión** | Comunicaciones Estratégicas | | |
| **Hora de inicio (a.m./p.m.)** | **08:00 AM** | **Hora de finalización (a.m./p.m.)** | **08:30 AM** |

**VERIFICACIÓNDEL CUMPLIMIENTO DE LOS COMPROMISOS Y/O ACTIVIDADES CONTEMPLADAS EN EL CONTRATO**

| Actividad /Compromiso | Justificación/ Observación |
|---|---|
| 1. Apoyar la coordinación de la creación de contenidos visuales y escritos para las diferentes plataformas digitales y redes sociales institucionales, siguiendo los lineamientos de imagen y comunicación. | 1. Se apoyar la coordinación de la creación de contenidos visuales y escritos para las diferentes plataformas digitales y redes sociales institucionales, siguiendo los lineamientos de imagen y comunicación. |
| 2. Apoyar en la administración, programación y publicación los contenidos en las redes sociales institucionales, de acuerdo con la estrategia digital definida. | 2. Se apoyo en la administración, programación y publicación los contenidos en las redes sociales institucionales, de acuerdo con la estrategia digital definida. |
| 3. Brindar apoyo en el monitoreo de la interacción en redes sociales, responder comentarios, mensajes y gestionar solicitudes, garantizando atención oportuna a los usuarios digitales. | 3. Se brindo apoyo en el monitoreo de la interacción en redes sociales, responder comentarios, mensajes y gestionar solicitudes, garantizando atención oportuna a los usuarios digitales. |
| 4. Elaborar reportes periódicos de desempeño de las redes sociales, analizando métricas de alcance, interacción, crecimiento y efectividad de las campañas. | 4. Se elaboró reportes periódicos de desempeño de las redes sociales, analizando métricas de alcance, interacción, crecimiento y efectividad de las campañas. |
| 5.Proponer estrategias de contenido y acciones de mejora para fortalecer el posicionamiento de la institución en los entornos digitales. | 5. Se proponer estrategias de contenido y acciones de mejora para fortalecer el posicionamiento de la institución en los entornos digitales. |

| | |
|---|---|
| 6. Brindar apoyo en la supervisión del cumplimiento de los lineamientos de imagen institucional en los contenidos digitales publicados en redes sociales y plataformas institucionales. | 6. Se brindar apoyo en la supervisión del cumplimiento de los lineamientos de imagen institucional en los contenidos digitales publicados en redes sociales y plataformas institucionales. |
| 7. Presentar informe mensual dirigido al supervisor del contrato, donde se consignen las actividades realizadas durante la ejecución del objeto contractual. | 7. Se presentar informe mensual dirigido al supervisor del contrato, donde se consignen las actividades realizadas durante la ejecución del objeto contractual. |
| 8. Asistir a las reuniones que convoque el supervisor del contrato. | 8. Se asistió a las reuniones que convoque el supervisor del contrato. |

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

| OPCIONES AEVALUAR | 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** | noviembre | **de** | 2025 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Para constancia de lo anterior, firman la presente acta los que en ella intervinieron a los (14/11/2025) | | | | |
| Catorce | días del mes de | noviembre | de | 2025 |

**ARCESIO CASTRO AGUDELO**

**Interventor o Supervisor**

**Liana Margarita Silvera De La Cruz**

**Contratista**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1048065514 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | LIANA MARGARITA SILVERA DE LA CRUZ |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BARRANQUILLA | DEPARTAMENTO: | ATLANTICO |
| DIRECCIÓN: | CALLE 53C 21A 49 | TELÉFONO: | 3015715 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Otras actividades de servicios |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **7988741927** | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | septiembre | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | septiembre |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2025 | SALUD: | AÑO: | 2025 |
| DÍAS DE MORA: | | 18 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2025/10/21 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 1868392270 |

| NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

Planilla Pagada

| LIQUIDACIÓN GENERAL | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | TOTALES | |
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 9003360047 | 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 230.400 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 230.400** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8001309074 | EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL | 1 | $ 180.000 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 180.000** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8909037905 | 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | $ 7.600 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 7.600** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 413.300** |
| **VALOR MORA:** | **$ 4.700** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 418.000** |




Viernes, 14 de Noviembre de 2025

**Regresar Menú Rentas | Nueva Búsqueda**

## Datos Básicos del Recibo de Pago

| | |
|---|---|
| **No. Documento:** | **20250104783** |
| **Fecha Emisión:** | 14/11/2025 |
| **Identificación:** | 1048065514 |
| **Declarante:** | LIANA MARGARITA |
| **Vigencia:** | 2025 |
| **Periodo Liquidación:** | 1 |
| **Impuesto:** | ESTAMPILLA ITSA |
| **Acto:** | ESTAMPILLA ITSA |
| **Base Gravable:** | $ 12.000.000 |
| **Fecha Pago:** | 14/11/2025 |
| **Monto Pagado:** | $ 36.000 |
| **Banco Recaudador:** | BANCO DE OCCIDENTE |
| **No. de Soporte:** | 20251144, CONTRATO SECOP: 20251144 |
| **Asociada Entidad:** | INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB |
| **Estado:** | **VALIDACION CORRECTA DEL IMPUESTO** |

# INFORME DE GESTIÓN

Comunicaciones estratégicas

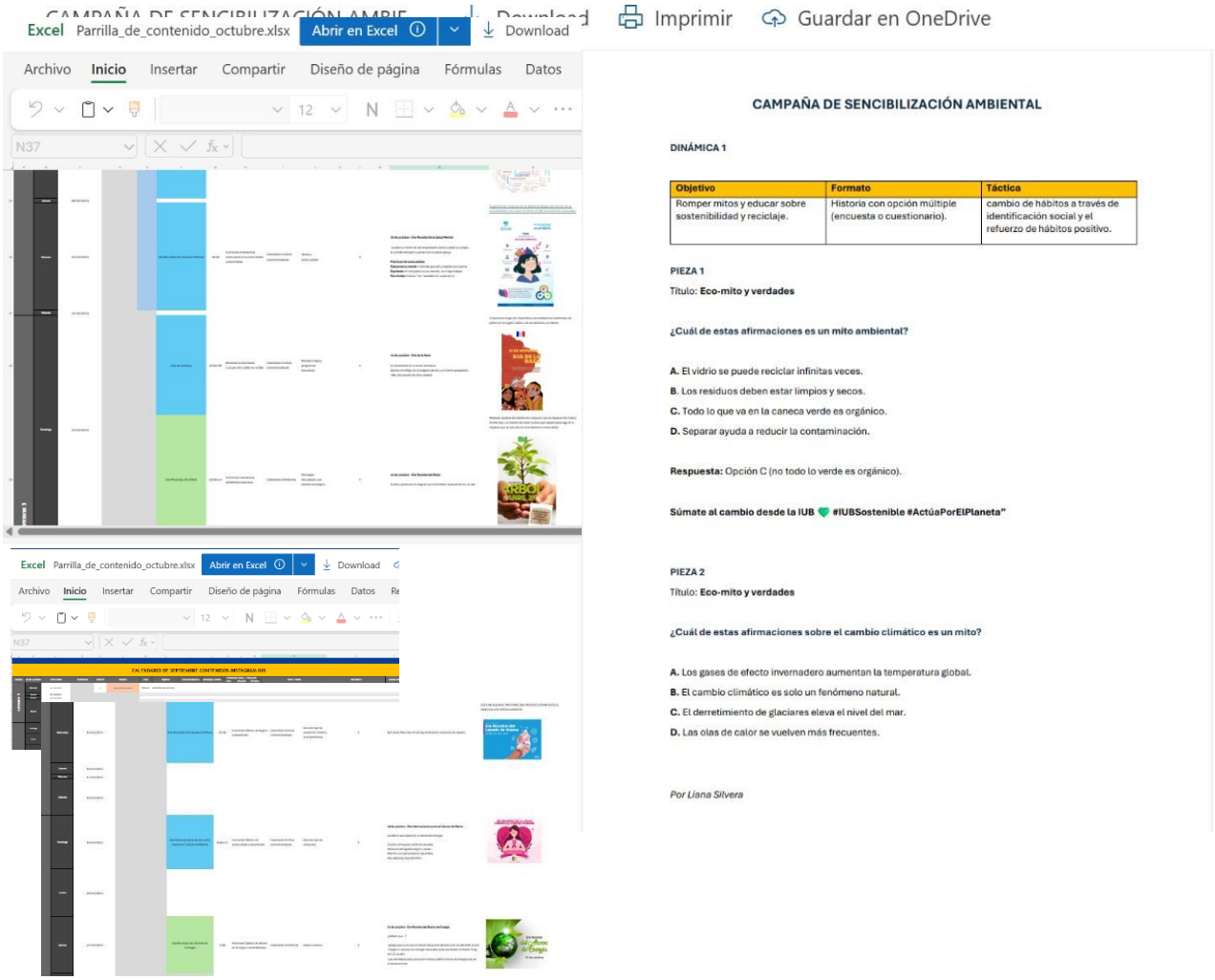
Reporte de gestión del cumplimiento y ejecución de actividades del contrato No. 20250688 Prestación de servicios de apoyo a la gestión en la Institución Universitaria De Barranquilla-IUB.

**BARRANQUILLA,**
**ATLÁNTICO**
**OCTUBRE DE 2025**

# INFORME DE INTERVENTORIA

1. **Apoyar la coordinación de la creación de contenidos visuales y escritos para las diferentes plataformas digitales y redes sociales institucionales, siguiendo los lineamientos de imagen y comunicación.**

*Se apoyar la coordinación de la creación de contenidos visuales y escritos para las diferentes plataformas digitales y redes sociales institucionales, siguiendo los lineamientos de imagen y comunicación.*




2. **Apoyar en la administración, programación y publicación los contenidos en las redes sociales institucionales, de acuerdo con la estrategia digital definida.**

*Se apoyo en la administración, programación y publicación los contenidos en las redes sociales institucionales, de acuerdo con la estrategia digital definida.*



Calendario de Publicaciones Septiembre-Octubre

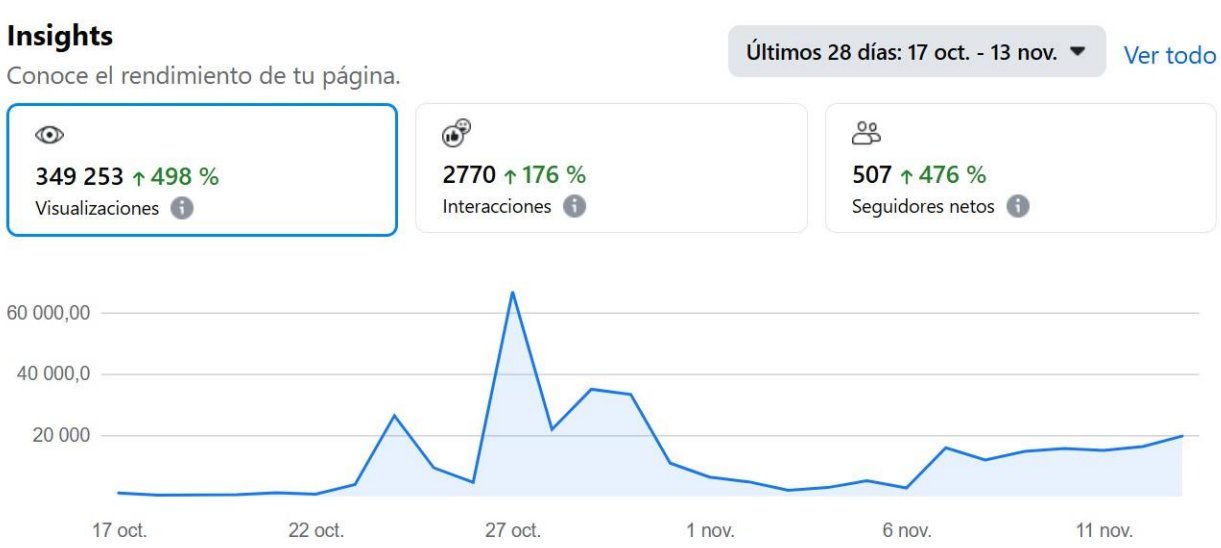
| FECHA CALENDARIO | DIA DE LA SEMANA | PROCESOS IUB | AUDIENCIA | RECURSO VISUAL | FECHA INICIO | FECHA FINAL | DIA DE LA SEMANA | | | | | | | HORA | APLICA A EVENTO | FORMATO | COPY/DESCRIPCIÓN | ENLACE | ESTADO | COMENTARIO O MODIFICACIÓN | DISEÑADOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | L | Ma | Mi | J | V | S | D | | | | | | | | |
| 9/1/2025 | Lunes | | Estudiantes IUB | | 29 Aug 2025 | 20 Sep 2025 | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | 12:00 AM | N.A | Story | CTA: El mismo link para que aparezca unibarranquilla | https://www.unibarranquilla.edu.co/vicerrectoria/centro-de-bienestar-universitario/ | Aprobado | | Mariangel |
| 9/2/2025 | Martes | | COMUNIDAD IUB | | 02 Sep 2025 | 20 Sep 2025 | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | 9:00 a.m | N.A | Story | N.A | Sin link | Aprobado | | Andrea |
| 9/2/2025 | Martes | | EGRESADOS IUB | | 01 Aug 2025 | 15 Oct 2025 | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | 4:00pm | N.A | Story | CTA (Envía tu postulación) | https://www.unibarranquilla.edu.co/egresados/ | Aprobado | Pieza modificada 2 veces de fecha, se publicara 3 veces incluyendo el sabado para que llegue a la audiencia rgnirsado (11 oct. Fecha final) | Leinni |
| | | | Estudiantes IUB | | 03 Sep 2025 | 10 Sep 2025 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | 8:00 AM | N.A | Story | CTA: El mismo link para que aparezca el sitio web | https://sigaa.unibarranquilla.edu.co:8443/sigaa/verPortalDiscente.do | Aprobado | | Mariangel |

**3. Brindar apoyo en el monitoreo de la interacción en redes sociales, responder comentarios, mensajes y gestionar solicitudes, garantizando atención oportuna a los usuarios digitales.**

*Se brindó apoyo en el monitoreo de la interacción en redes sociales, se respondieron comentarios, mensajes y se gestionaron solicitudes, garantizando atención oportuna a los usuarios digitales.*

**4. Elaborar reportes periódicos de desempeño de las redes sociales, analizando métricas de alcance, interacción, crecimiento y efectividad de las campañas.**

*Se elaboraron reportes periódicos de desempeño de las redes sociales, analizando métricas de alcance, interacción, crecimiento y efectividad de las campañas.*

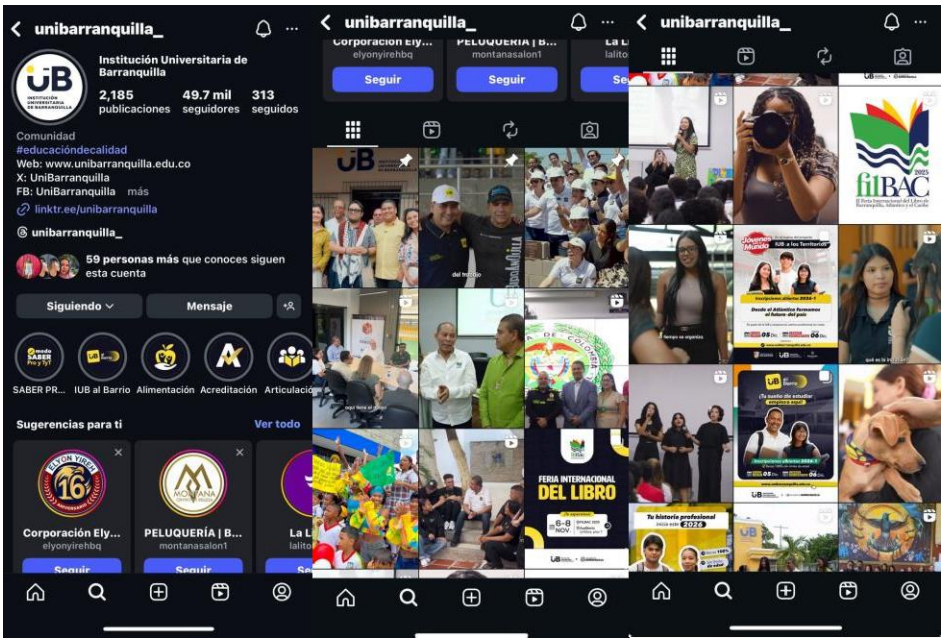



**5. Proponer estrategias de contenido y acciones de mejora para fortalecer el posicionamiento de la institución en los entornos digitales.**

*Se propusieron estrategias de contenido y acciones de mejora para fortalecer el posicionamiento de la institución en los entornos digitales.*

6. **Brindar apoyo en la supervisión del cumplimiento de los lineamientos de imagen institucional en los contenidos digitales publicados en redes sociales y plataformas institucionales.**

*Se brindó apoyo en la supervisión del cumplimiento de los lineamientos de imagen institucional en los contenidos digitales publicados en redes sociales y plataformas institucionales.*




7. **Presentar informe mensual dirigido al supervisor del contrato, donde se consignen las actividades realizadas durante la ejecución del objeto contractual.**

*Se presentó informe mensual dirigido al supervisor del contrato, donde se consignaron las actividades realizadas durante la ejecución del objeto contractual.*

8. **Asistir a las reuniones que convoque el supervisor del contrato.**

*Se asistió a las reuniones que convoque el supervisor del contrato.*

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LIANA MARGARITA SILVERA DE LA CRUZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1048065514,** se encuentra afiliado/a desde **18/10/2024** al 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 28 de octubre 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

**SISPRO**
**Sistema Integral de Información de la Protección Social**

**RUAF**
**Registro Único de Afiliados**

# Afiliaciones de una Persona en el Sistema

## INFORMACIÓN BASICA

Fecha de Corte: 2025-10-24

| Número de Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Sexo |
|---|---|---|---|---|---|
| CC 1048065514 | LIANA | MARGARITA | SILVERA | DE LA CRUZ | F |

## AFILIACIÓN A SALUD

Fecha de Corte: 2025-10-24

| Administradora | Régimen | Fecha Afiliacion | Estado de Afiliación | Tipo de Afiliado | Departamento -> Municipio |
|---|---|---|---|---|---|
| SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A. | Contributivo | 09/04/2025 | Activo | COTIZANTE | SOLEDAD |

## AFILIACIÓN A PENSIONES

Fecha de Corte: 2025-10-24

| Régimen | Administradora | Fecha de Afiliación | Estado de Afiliación |
|---|---|---|---|
| PENSIONES: PRIMA MEDIA | ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES | 2024-10-19 | Activo cotizante |

## AFILIACIÓN A RIESGOS LABORALES

Fecha de Corte: 2025-10-24

| Administradora | Fecha de Afiliación | Estado de Afiliación | Actividad Economica | Municipio Labora |
|---|---|---|---|---|
| Seguros de Vida Suramericana | 2025-06-28 | Activa | | Atlántico- BARRANQUILLA |

## AFILIACIÓN A COMPENSACIÓN FAMILIAR

Fecha de Corte: 2025-10-24

No se han reportado afiliaciones para esta persona

CONFORME CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LAS ADMINISTRADORAS SON LAS RESPONSABLE DEL CONTENIDO Y LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN REPORTADA AL RUAF, CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER INFORMADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUIEN DEBE RESOLVERLA.

**Ministerio de Salud y Protección Social.**
**Dirección: Cra. 13 # 32 - 76. Colombia, Bogotá D.C. PBX: (57-1) 330 5000, Fax: (57-1) 330 5050.**

Banco Davivienda S.A.

# CERTIFICADO

**BARRANQUILLA,** **28/10/2025**
**ATLANTICO,**
COLOMBIA,
**A quien interese**

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor LIANA MARGARITA SILVERA DE LA CRUZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **1048065514**

Posee en el banco Davivienda:

**CUENTA DE AHORROS DAMAS**

| | |
|---|---|
| Número | **0550488451801259** |
| Fecha de apertura | **30/03/2025** |

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**FORMATO DECLARACION JURAMENTADA CONTRATISTA**

Barranquilla, .31 de Octubre 2025

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 [■] 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 [■]

3). Soy declarante del impuesto sobre la renta y complementarios:

SI [ ] NO [■]

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 [■]

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 [■]

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 [■]

**NOTA:** Me comprometo a suministrar oportunamente cualquier cambio en la información aquí manifestada.

Liana Silvera

**LIANA MARGARITA SILVERA DE LA CRUZ**
CC. N°1.048.065.514